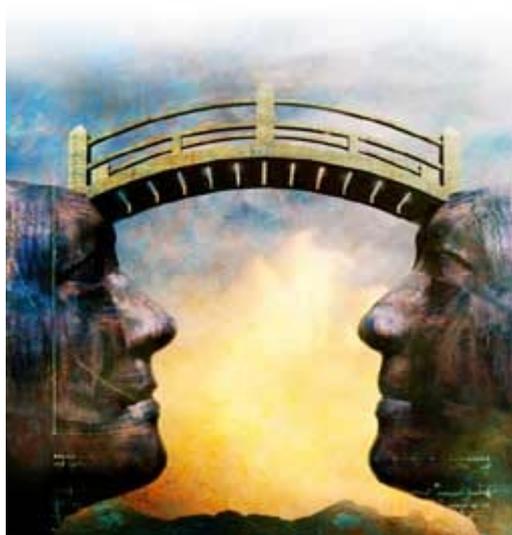




Τ. Ε. Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΤΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟ –
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΤΣΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7.
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8-10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

1.1 ΑΥΤΙΣΤΙΚΟ ΦΑΣΜΑ.....	11-13
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ASPERGER.....	14-15
1.3 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ DSM – IV ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	16-17
1.4 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΙSD – 10 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	17-18
1.5 ΓΙΑΤΙ ΈΧΩ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER.....	18
1.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	18-19
1.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ASPERGER.....	19
1.7.1 ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ.....	19-20
1.7.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	20
1.7.2.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ – ΓΛΩΣΣΑΣ.....	20-21
1.7.2.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ.....	21
1.7.2.3 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΜΗ – ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	21
1.7.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΑ – ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΑ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ – ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.....	22
1.7.3.1 ΠΕΡΙΠΛΟΚΕΣ – ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΕΣ.....	22
1.7.4 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΈΝΤΟΝΩΝ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ.....	23
1.7.5 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ.....	23-25
1.7.6 ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΦΗΡΗΜΕΝΗΣ ΣΚΕΨΗΣ.....	25
1.7.7 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ.....	25

1.7.8	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΣΤΙΓΜΗΣ.....	26
1.7.9	ΑΔΕΞΙΟΤΗΤΑ.....	26
1.7.10	ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.....	26
1.7.11	ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑΛΕΝΤΑ.....	27
1.7.12	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	37-28
1.8	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER.....	28-29
1.9.	ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER.....	29
1.9.1	ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	30-31
1.10	ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	31-34
1.11	ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	34
1.11.1	ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	34-35
1.11.2	ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	35
1.11.2.1	ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	36
1.11.3	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ASPERGER

2.1	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	37
2.1.1	DSM – IV.....	38-39
2.2	ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	39-40
2.3	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ.....	40
2.3.1	CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS.....	40
2.3.2	PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDER SCREENING TEST – STAGE – 1.....	40
2.3.3	AUSTRALIAN SCALE FOR ASPERGER’ S SYNDROME.....	41
2.4	ΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	41
2.4.1	DENVER II.....	41

2.4.2 REVISED DENVER PRE – SCREENING DEVELOPMENTAL QUESTIONNAIRE.....	41-42
2.4.3 AUTISM SCREENING QUESTIONNAIRE.....	42
2.5 ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ.....	42
2.5.1 AGES & STAGES QUESTIONNAIRE.....	42
2.5.2 BREGANCE SCREENS.....	42
2.5.3 CHILD DEVELOPMENTAL INVENTORIES.....	43
2.5.4 PARENT’ S EVALUATION OF DEVELOPMENTAL.....	43
2.5.5 ΚΛΙΜΑΚΑ BAYLEY SCALE II.....	43
2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	44
2.6.1 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	44
2.6.2 ΚΟΙΝΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	44-45
2.6.3 CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE.....	45
2.6.4 PARENT’ S INTERVIEW FOR AUTISM.....	45
2.6.5 AUTISTIC DIAGNOSTIC OBSERVATION SCHEDULE.....	45
2.6.6 ΑΡΑ.....	46
2.7 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	46-47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΤΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

3.1 ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.....	48-49
3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟΣ ΆΞΟΝΑΣ.....	50
3.3 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	51-52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ

ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	53-55
4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ Η ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ	

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	55
4.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	55-58
4.4 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ.....	58-59
4.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ.....	59-60
4.4.2 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ.....	60-61
4.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ.....	61
4.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΕΣ.....	61
4.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	62-63
4.8 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ.....	63-65
4.9 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.....	65-66
4.10 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	66-67
4.11 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER.....	67-68
4.12 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	68-69
4.13 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	69-70
4.14 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	72-76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77-82

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με αφορμή την πτυχιακή εργασία με θέμα <<Τα Ελλείμματα στις Κοινωνικές Δεξιότητες και οι Δυσκολίες στην Ψυχοκοινωνική Επανάταξη των Ατόμων με Σύνδρομο Asperger>> που πραγματοποιήθηκε στο τελευταίο εξάμηνο στο τμήμα Λογοθεραπείας του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, θα γίνει η κατά δυνατόν πληρέστερη προσέγγιση της διαταραχής.

Σκοπός της εργασίας όπως προαναφέρθηκε είναι να πραγματοποιηθεί η πληρέστερη ανάλυση των δυσκολιών των ατόμων με Σύνδρομο Asperger στην κοινωνία, η αιτιολόγηση των συμπεριφορών. Τέλος παρατίθενται μερικά από τα προγράμματα αντιμετώπισης στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Σύνδρομο Asperger όπως επίσης και οι τρόποι αντιμετώπισης για την ψυχοκοινωνική επανάταξη αυτών των ατόμων.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά τους γονείς μου που με στήριξαν ψυχολογικά και με βοήθησαν καθ' όλη τη διάρκεια προετοιμασίας μου. Αδιαμφισβήτητη ήταν επίσης η συμβολή του κ. Ξωφύλλη Αθανάσιου που δέχτηκε να μου παραχωρήσει υλικό και βιβλία από τη προσωπική του βιβλιοθήκη. Τέλος, νιώθω την ανάγκη να συγχαρώ τον καθηγητή μου και επόπτη αυτής της προσπάθειας κ. Χριστοδουλίδη Παύλο που κατάφερε με τις οδηγίες και τις συμβουλές του να με ωθήσει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια το καθένα εκ των οποίων αναλύει ή εξηγεί μια ιδιαιτερότητα των ατόμων με αυτή τη διαταραχή. Το πρώτο κεφάλαιο δίνει έναν ορισμό του Συνδρόμου Asperger καθώς επίσης επεξηγεί και αναλύει τις υπόλοιπες διαταραχές που συμπεριλαμβάνει το αυτιστικό φάσμα. Στο τέλος του κεφαλαίου διατυπώνονται κάποιες θεωρίες πιθανής αιτιολόγησης του Συνδρόμου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επισημαίνεται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης ενώ παρατίθενται ίσως τα πιο συνηθισμένα, αποτελεσματικά και γνωστά παγκοσμίως διαγνωστικά εργαλεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται διεξοδική ανάλυση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα στις κοινωνικές δεξιότητες καθώς επίσης και η ανάλυση των συμπεριφορών τους, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο προτείνονται τρόποι για το πώς γίνεται η ψυχο – κοινωνική επανένταξη των ατόμων με Σύνδρομο Asperger ενώ παράλληλα προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης της διαταραχής.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος "αυτισμός" παρέρχεται από το ελληνικό 'εαυτός' και υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Στον κλινικό χώρο χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Ελβετό ψυχίατρο Bleuler το 1911, για να χαρακτηρίσει ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία είχαν χάσει την επαφή με την πραγματικότητα (Bleuler, 1911).

Στις αρχές της δεκαετίας του '40, δύο άλλοι ψυχίατροι, ο Leo Kanner και Hans Asperger (Asperger, 1967 · Kanner, 1943) περιέγραψαν, ξεχωριστά ο καθένας, ορισμένες περιπτώσεις παιδιών τα οποία παρουσίαζαν ελλείμματα στην κοινωνική ανάπτυξη, ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη και περιορισμένα στερεότυπα ενδιαφέροντα. Τα παιδιά αυτά θεωρήθηκαν ότι είχαν απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα χωρίς να έχουν σχιζοφρένεια. Ο Kanner ονόμασε τη διαταραχή αυτή << πρώιμο βρεφικό αυτισμό >> και η έναρξή της νωρίς κατά τη βρεφική ηλικία τον οδήγησε στην πεποίθηση ότι η διαταραχή οφείλεται σε μια εγγενή ανικανότητα των ατόμων αυτών να δημιουργήσουν συναισθηματικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους (Kanner, 1943).

Ο Kanner περιέγραψε τους γονείς 11 παιδιών, τα οποία παρακολούθησε, ως ιδιαίτερα ευφυείς ανθρώπους με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα, οι οποίοι ήταν ψυχροί στη σχέση τους με το παιδί τους. Για το λόγο αυτό τους αποκάλεσε άλλωστε << γονείς ψυγεία >>. Έτσι, παρόλο που ο Kanner θεωρούσε τον αυτισμό ως μια εγγενή διαταραχή, ταυτόχρονα έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη της ψυχογενούς θεωρίας, σύμφωνα με την οποία ο βασικός αιτιολογικός παράγοντας του αυτισμού είναι η ευχή του γονιού να μην υπήρχε το παιδί του (Kanner, 1943).

Αυτή η πρώιμη άποψη ότι η αυτιστική συμπεριφορά του παιδιού ήταν το αποτέλεσμα μιας αμυντικής αντίδρασής του για να απομακρυνθεί και να προστατευτεί από έναν ψυχρό και εχθρικό γονέα οδήγησε στην εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία ασχολούνταν αποκλειστικά με τις μητέρες των παιδιών αυτών, με στόχο να τις βοηθήσουν να είναι λιγότερο απορριπτικές απέναντι στα παιδιά τους (Bettelheim, 1967).

Η άποψη αυτή επικράτησε μέχρι τη δεκαετία του 1970, όμως δεν έτυχε επιστημονικής στήριξης. Σύμφωνα με τα πρώτα ερευνητικά δεδομένα της δεκαετίας του 1970 και 1980 (Koegel, Ricover, Egel, 1982), οι γονείς των παιδιών δεν διέφεραν

από τους γονείς άλλων παιδιών σε κανέναν τομέα της προσωπικότητάς τους. Ο Schopler και Reichler ήταν οι πρώτοι οι οποίοι αντιτάχθηκαν στη θεωρία αυτή και υποστήριξαν ότι ο αυτισμός είναι μια χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή οργανικής αιτιολογίας (Schopler & Reichler, 1988). Μάλιστα ο Schopler υποστήριξε ότι αντί ο θεραπευτής να επικεντρώνεται στη θεραπεία των γονιών, είναι προτιμότερο να συμπεριλαμβάνει τους γονείς στην ομάδα που ασχολείται θεραπευτικά με το παιδί (Schopler, 1994,). Αλλωστε, σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστημονικές απόψεις, το παιδί με αυτισμό δεν αποσύρεται από την πραγματικότητα αλλά μάλλον αποτυγχάνει να ενταχθεί πλήρως σε αυτήν λόγω διάχυτων και σοβαρών διαταραχών στην ανάπτυξή του (Aussiloux & Baghdadli, 2008).

Η εξέλιξη της Αυτιστικής Διαταραχής, που είναι και η πιο συχνή μορφή, αποκρυσταλλώνεται στα δύο επίσημα ταξινομικά συστήματα, αυτό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – Four Edition – Text - DSM – IV), (APA, 1994) και το αντίστοιχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (International Classification of Disease of World Health Organization - ICD – 10), (WHO, 1992) που με σχεδόν πανομοιότυπο τρόπο περιγράφουν την διαταραχή σε μια αναπτυξιακή βάση και χρησιμοποιούν την έννοια της τριάδας. Και στα δύο συστήματα περιλαμβάνονται οι παραπάνω προαναφερθείσες Αναπτυξιακές διαταραχές. Η ομάδα των διαταραχών αυτών έχει κοινούς παρανομαστές (κλινικά χαρακτηριστικά, νεύρο -ψυχολογικά ελλείμματα, γενετική προέλευση) και περιγράφεται πλέον ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Pervasive Developmental Disorders) ή ως Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (Autism Spectrum Disorders). Υπάρχει μια συζήτηση γύρω από την ορθότητα χρήσης αυτών των όρων, αλλά το βέβαιο είναι ότι υπάρχει πιο πλατιά συμφωνία γύρω από το περιεχόμενό της (APA, 1994 · WHO, 1992).

Μεταξύ των διαταραχών, η διαταραχή Asperger είναι ίσως η πλέον γνωστή. Ξεκινά από τις περιγραφές του ίδιου του Asperger (1967) και συχνά τείνει να χρησιμοποιείται με την έννοια της ελαφρότερης περίπτωσης, βάζοντας διαφοροδιαγνωστικά ζητήματα με την έννοια του Αυτισμού Υψηλής Λειτουργικότητας (High Functioning Autism) (AANE, 2002 · Connor, 2000). Επίσης, η προσέγγιση αυτή παραβλέπει την κλινική πραγματικότητα ότι η λειτουργικότητα δεν συμβαδίζει πάντα και αναγκαστικά με τον αριθμό και την βαρύτητα των συμπτωμάτων και μπορεί η δυσκολία ενός ατόμου με διαταραχή Asperger να είναι σημαντικά μεγαλύτερη από αυτήν ενός άλλου με Αυτιστική

Διαταραχή. Κατά τα ταξινομικά συστήματα, οι κυριότερες διαφορές του συνδρόμου από τον Αυτισμό φαίνεται να είναι η έγκυρη ανάπτυξη καλών τυπικών γλωσσικών δεξιοτήτων (αν και έχουν ιδιαιτερότητες στην επικοινωνία) και η φυσιολογική νοημοσύνη ($IQ > 70$) (Baskin, Sperber, Price, 2006).

Το Σύνδρομο Asperger συγκαταλέγεται στο φάσμα των αναπτυξιακών διαταραχών κύρια χαρακτηριστικά, όπως έχουν προαναφερθεί, είναι οι δυσκολίες στην συναισθηματική και κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και οι στερεοτυπίες (Manjiviona & Prior, 1999).

Ο παιδίατρος Hans Asperger το 1944, μιλούσε για 4 αγόρια που ήταν παράξενα, όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες. Χρησιμοποίησε τον όρο << Autistic psychopath >> (Asperger, 1976 · Attwood, 1998) για τα ίδια συμπτώματα, αλλά πίστευε ότι υπήρχε μια θεμελιώδεις ανωμαλία εκ γενετής που προκαλούσε αυτά τα χαρακτηριστικά προβλήματα. Για τριάντα χρόνια όμως η περιγραφή αυτή αγνοείτο σε Ευρώπη και Η.Π.Α.. Χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι το γεγονός ότι ενώ τα παιδιά φαίνεται να μεγαλώνουν κανονικά, στα ένα ή δύο τους χρόνια αρχίζουν να χάνουν ικανότητες που είχαν ήδη μάθει, π. χ. να μιλάνε και ξαφνικά, ενώ τους άρεσε να κοιτάνε τα πρόσωπα που τα περιέβαλλαν, διακόπτουν κάθε οπτική επαφή με τους γονείς τους, κάτι που είναι χαρακτηριστικό των ατόμων με Σύνδρομο Asperger (Connor, 2000). Το Σύνδρομο Asperger κατατάσσεται από τον Hans Asperger στο ψηλότερο σημείο της κλίμακας του αυτιστικού φάσματος, γιατί τα συμπτώματά του είναι πιο ελαφριάς μορφής. Επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου κι έτσι τα άτομα που πάσχουν από αυτό δυσκολεύονται να "διαβάσουν" τα μη – λεκτικά σήματα (τις εκφράσεις του προσώπου) των υπολοίπων ανθρώπων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν εύκολα να σχηματίσουν και να κρατήσουν κοινωνικές σχέσεις αφού δεν καταλαβαίνουν τις ανάγκες τους (Asperger, 1967).

Αξίζει άραγε να βγουν από τον κόσμο που ζούνε? Έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους? Μήπως περνούν καλύτερα μη έχοντας επίγνωση της κατάστασής τους? Τα άτομα με Σύνδρομο Asperger λόγω της υψηλής λειτουργικότητας έχουν πλήρη επίγνωση των δυσκολιών τους και προσπαθούν να βελτιωθούν. Αντίστοιχα τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία του αυτισμού δεν έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Εισαγωγή στο Σύνδρομο Asperger

1.1 ΑΥΤΙΣΤΙΚΟ ΦΑΣΜΑ

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές αποτελούνται από πέντε κατηγορίες διαταραχών, μέσα στις οποίες εντάσσεται και το Σύνδρομο Asperger. Οι διαταραχές αυτές ονομάζονται << Διάχυτες >> γιατί χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης ταυτόχρονα. Πρόκειται για εξαιρετικά σύνθετες νευροαναπτυξιακές διαταραχές που χαρακτηρίζονται κυρίως από αποκλίσεις από την τυπική ανάπτυξη και δευτερευόντως από καθυστερήσεις σε αυτήν. Η κλινική εικόνα είναι το αποτέλεσμα υποκείμενων γνωσιακών, κοινωνικο - συναισθηματικών και αισθητηριακών μειονεξιών, των οποίων η ποικιλομορφία και οι πολυπληθείς συνδυασμοί μας δίνουν ένα πολύ πλούσιο και ποικίλλοντα φαινότυπο, τον οποίο ακριβώς προσπαθεί να αποτυπώσει η έννοια του αυτιστικού συνεχούς ή φάσματος (Bryson, Roger, Fombonne, 2003). Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται και από στερεότυπες μορφές συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Dntzer & Mormede, 1983). Σημειώνεται ότι αν και οι παρούσες από τη γέννηση (αν και όχι πάντα άμεσα αντιληπτές), οι δυσκολίες αυτές επιμένουν καθ' όλη τη ζωή. Βέβαια αλλαγές επισυμβαίνουν συνεχώς και η πρόοδος είναι δυνατή, όχι όμως και η θεραπεία. Οι υπόλοιπες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι η Αυτιστική Διαταραχή, που αποτελεί και την πιο συχνή Διαταραχή, η Διαταραχή Rett, η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Goble, 1995 · Simpson, 2001 · Wing, 1996).

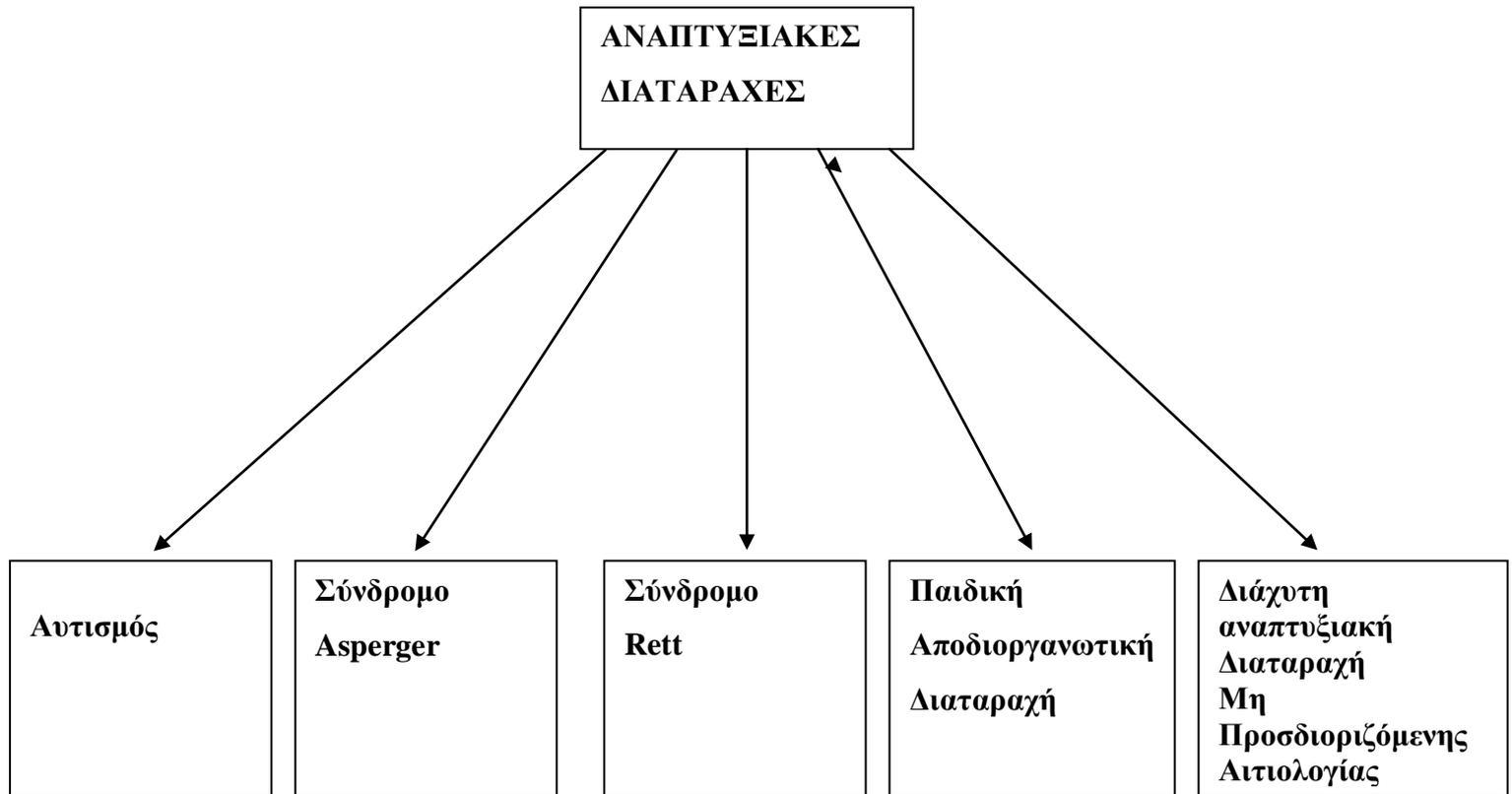
Η αρχικά πλούσια περιγραφή των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σύντομα περιορίστηκε σε τρία κυρίως χαρακτηριστικά: δυσκολία στην επικοινωνία, δυσκολία στις κοινωνικές δεξιότητες, περίεργα ενδιαφέροντα (LCCLOCC, 1999), η έναρξη των οποίων πραγματοποιείται στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Το μεγαλύτερο όμως μειονέκτημα είναι οι διαπροσωπικές τους σχέσεις (Smith, 1995). Τα χαρακτηριστικά χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα από κάποιους κλινικούς, οι οποίοι αναφέρονται στην έννοια του << πυρηνικού>> αυτισμού ή αυτισμού <<τύπου Kanner>>. Το περιεχόμενο του όρου επανεμπλουτίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 εκ νέου και πήρε την έννοια που σήμερα έχουμε με τις μελέτες της Lorna Wing (1996), με την οποία εισήχθη η έννοια της τριάδας ελλειμμάτων του Αυτισμού. Ο Αυτισμός

σήμερα γίνεται αντιληπτός ως ένα φάσμα διαταραχών, με κοινή βάση (τα ελλείμματα στην τριάδα), αλλά με διαφορετική ένταση στις κλινικές εκδηλώσεις και στην λειτουργικότητα του πάσχοντα.

Ο όρος Αυτισμός, αναφέρεται σε μια σοβαρή μορφή ψυχοπαθολογίας που εμφανίζεται νωρίς κατά την βρεφική ηλικία. Η Διαταραχή Rett χαρακτηρίζει ορισμένα παιδιά τα οποία αρχίζουν να εμφανίζουν ειδικά ελλείμματα μετά από μια σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή αναφέρεται σε ορισμένα παιδιά τα οποία εμφανίζουν μια συνολική παλινδρόμηση σε πολλούς τομείς της ανάπτυξής τους μετά από μια περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Τέλος, η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς αναφέρεται σε κάποια παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρά ελλείμματα στην ανάπτυξή τους αλλά δεν πληρούν εξολοκλήρου τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω διαγνωστικές κατηγορίες (Goble, 1995 · Simpson, 2001 · Wing, 1996).

Οι περισσότεροι σίγουρα θα έχουν ακούσει σχετικά για τον αυτισμό ή θα έχουν δει κάποιο άτομο που έχει αυτήν την διαταραχή, χωρίς όμως να το καταλάβουν. Μπορεί να ήταν το παιδί που καθόταν με την μητέρα του στο λεωφορείο και χτυπούσε τις παλάμες του επανειλημμένα και με την ίδια κίνηση. Μπορεί να ήταν η συνάδελφος που στον εργασιακό χώρο φορούσε γυαλιά επειδή την ενοχλούσε το φως του δωματίου. Μπορεί να ήταν το αγένιστο κοριτσάκι στην παιδική χαρά που έτρεχε γύρω γύρω από τη τσουλήθρα για πολλά λεπτά και κάθε φορά που έμπαινε κάποιος μπροστά της για να τη σταματήσει, αυτό συνέχιζε σαν να μην υπήρχε κανένα εμπόδιο. Μπορεί να είναι το ο συμμαθητής από το σχολείο που κάθε φορά στο διάλειμμα ανοίγει τη βρύση και παίζει μόνος του με το νερό. Μπορεί επίσης να είναι ένας φίλος που όταν του λέει κάποιος ότι << έξω ρίχνει καρεκλοπόδαρα >> τρέχει να δει από το παράθυρο τη βροχή περιμένοντας τα καρεκλοπόδαρα. Μπορεί όμως να είναι και ο συνάδελφος από τη δουλειά που όταν του λέει κάποιος << Πέθανε στη δουλειά σήμερα >> απαντά << Πως πέθανες αφού στέκεσαι μπροστά μου >>. Όλα αυτά είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Τα άτομα αυτά κάποιες φορές έχουν κοινά χαρακτηριστικά, ωστόσο δεν υπάρχουν δύο όμοια παιδιά με που ανήκουν στο φάσμα, και αυτό συμβαίνει λόγω των επιπέδων σοβαρότητας αυτής της πάθησης. Για παράδειγμα, ένα παιδί με Σύνδρομο Asperger μπορεί να έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά με ένα παιδί με Σύνδρομο Rett, η διαφορά είναι το επίπεδο της σοβαρότητας.

Όλα αυτά αποτελούν χαρακτηριστικά ατόμων που ανήκουν στο φάσμα των αναπτυξιακών (Goble, 1995 · Simpson, 2001 · Wing, 1996).



1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ASPERGER

“ Ο Αυτισμός είναι αόρατος. Κανένας δεν μπορεί να τον δει. Είναι ένα από τα πράγματα που με κάνουν αυτό που είμαι” (Frith, 1999).

“Ο αυτισμός επηρεάζει τον τρόπο που δουλεύει ο εγκέφαλός μου. Ο εγκέφαλος μοιάζει με έναν Η / Υ που είναι πάντα αναμμένος και βοηθά τους ανθρώπους να ζουν και να μαθαίνουν. Ο αυτισμός κάνει τον εγκέφαλό μου να λειτουργεί μερικές φορές διαφορετικά από τον εγκέφαλο των άλλων ανθρώπων” (Frith, 1999).

“Το να έχεις εγκέφαλο με αυτισμό είναι σαν να έχεις έναν Η / Υ με λειτουργικό σύστημα με αυτισμό ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ένα συνηθισμένο λειτουργικό σύστημα” (Frith, 1999).

“Ο αυτισμός με κάνει να καταλαβαίνω τον κόσμο με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Μερικές φορές καταλαβαίνω όπως οι άλλοι άνθρωποι και μερικές φορές καταλαβαίνω τον κόσμο διαφορετικά” (Frith, 1999).

“Ο αυτισμός είναι ένας άλλος τρόπος σκέψης και ύπαρξης” (Frith, 1999).

Όπως έχει προαναφερθεί, όταν μιλάμε για τον Αυτισμό αναφερόμαστε σε ένα φάσμα, επειδή τα αίτια που οδηγούν σε αυτή τη πάθηση καθώς και τα χαρακτηριστικά των ατόμων με Αυτισμό, ποικίλουν τόσο που δύσκολα κάποιος μη ειδικός μπορεί να διαχωρίσει ένα άτομο με νοητική υστέρηση ή άλλες παρόμοιες ασθένειες από κάποιο άτομο με Αυτισμό. Το νοητικό επίπεδο των ατόμων με Αυτισμό κυμαίνεται από τα ανώτερα επίπεδα νοημοσύνης ως τις βαρύτερες μορφές νοητικής υστέρησης. Παρόλα αυτά, τα κοινά γνωρίσματα των ατόμων με Αυτισμό είναι λίγα. Φυσικά υπάρχουν διάφορα επίπεδα όσο αφορά τη σοβαρότητα του συνδρόμου, τα οποία πήραν το όνομά τους από επιστήμονες που πρώτοι τα συγκεκριμενοποίησαν δίνοντάς τους σαφή χαρακτηριστικά για τη διάγνωση και τα διαχώρισαν από άλλες ασθένειες (Greenway, 2000).

Η Διαταραχή Asperger περιγράφηκε αρχικά το 1944 από τον Hans Asperger, ο οποίος την ονόμασε << αυτιστική ψυχοπάθεια >>. Ο Δρ. Hans Asperger, ένας παιδίατρος από τη Αυστρία, ήταν ο πρώτος που περιέγραψε αυτήν την διαταραχή, όπου μελέτησε τη συμπεριφορά κάποιων νεαρών αγοριών που είχαν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης και φυσιολογική γλωσσική ανάπτυξη, αλλά παρουσίαζαν

σημαντική έκπτωση στη μη λεκτική συμπεριφορά, στην κοινωνική και συναισθηματική αλληλεπίδραση με τους άλλους (Asperger, 1967). Ένα χρόνο αργότερα ο Kanner έγραψε πρώτος σχετικά για τον Αυτισμό (Kanner, 1943). Παρόλο που δεν γνώριζε ο ένας τη δουλειά του άλλου, ωστόσο οι ασθενείς παρουσίαζαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Τα παιδιά που παρατήρησε ο Asperger δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία στην ομιλία. Οι εργασίες του Asperger μεταφράστηκαν στα αγγλικά στις αρχές του 1970. Σημαντική ήταν και η συνεισφορά της Lorna Wing (1996) που παρουσίασε μια σειρά από 34 περιπτώσεις παρόμοιες με αυτές που είχε περιγράψει ο Asperger και έτσι αυξήθηκε το ενδιαφέρον για έρευνες γύρω από το Σύνδρομο (APA, 1994).

Πρόκειται για μια σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, από παράξενα ενδιαφέροντα και ασυνήθιστες μορφές συμπεριφοράς, παρόμοιες με αυτές που χαρακτηρίζουν τον αυτισμό. Ωστόσο τα παιδιά με αυτήν την διαταραχή έχουν συνήθως φυσιολογική νοημοσύνη, κανονική γλωσσική ανάπτυξη, και αρκετές δεξιότητες επικοινωνίας και προσαρμογής στο περιβάλλον (Volkmar et al., 1996). Επιπλέον, η κινητική αδεξιότητα και η καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη συχνά αναφέρονται ως χαρακτηριστικά των παιδιών με αυτή τη διαταραχή (Klin, 2006 · McCroskery, 1999).

Τα άτομα με τη Διαταραχή Asperger συχνά δίνουν μια εντύπωση εκκεντρικότητας. Πολλές φορές ασχολούνται με περίεργες αφηρημένες ιδέες και ενημερώνονται συνέχεια για θέματα όπως τα καιρικά φαινόμενα, η γεωγραφία και άλλα. Χαρακτηρίζονται από δυσκολία στη δημιουργία φιλικών σχέσεων και έχουν τάσεις απομόνωσης. Αν και η επικοινωνία με τους άλλους δεν είναι τόσο διαταραγμένη όσο στην περίπτωση του αυτισμού, είναι ωστόσο μονόπλευρη. Ο λόγος των ατόμων με Διαταραχή Asperger είναι παράξενος και παρουσιάζει πολλές ιδιομορφίες. Πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η Διαταραχή Asperger δεν είναι μια ξεχωριστή διαταραχή αλλά περιλαμβάνει τις πιο λειτουργικές περιπτώσεις του αυτισμού (Mike, 2007 · NAS, 2002). Μέχρι στιγμής δεν έχει επιβεβαιωθεί αυτή η άποψη. Πάντως, εάν πρόκειται για δύο διαφορετικές διαταραχές, οι βασικές διαφορές μεταξύ τους είναι το υψηλότερο νοητικό επίπεδο, η καλύτερη γλωσσική ανάπτυξη και το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για κοινωνική επαφή, που διαθέτουν τα παιδιά με Διαταραχή Asperger (AANE, 2002 · Neil, 2007).

1.3 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ DSM – IV ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Το DSM – IV η Διαταραχή Asperger εντάσσεται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, όπως έχει προαναφερθεί, και ορίζεται ότι για να τεθεί η διάγνωση τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια:

Α. Ένα σύνολο έξι ή περισσότερων σημείων από (1), (2) και (3), από τα οποία τουλάχιστον δύο από το (1), ένα από το (2) και ένα από το (3):

1) Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

α) Έκδηλη έκπτωση στη χρήση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής.

β) Αποτυχία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομηλίκους.

γ) Έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους.

δ) Έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.

2) Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

α) Καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας.

β) Σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μια συζήτηση με άλλους.

γ) Στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή χρήση ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας.

δ) Έλλειψη ποικίλλοντος αυθόρμητου παιχνιδιού ή παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο.

3) Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

α) Ενασχόληση περιβαλλόμενη με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, η οποία είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστίαση.

- β) Εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες.
- γ) Στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μανιερισμοί (π.χ. χτυπήματα των χεριών)
- δ) Επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων.

Β) Καθυστερήσεις ή ανώμαλη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον μια από τις ακόλουθες περιοχές, με έναρξη πριν από την ηλικία των 3 ετών:

(1) κοινωνική συναλλαγή, (2) γλώσσα, (3) συμβολικό παιχνίδι ή παιχνίδι με φαντασία.

Γ) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τη διαταραχή Rett ή με την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (APA, 1994).

Σύμφωνα με την Wing, συνυπάρχει:

Εξασθένιση στην κοινωνική αλληλεπίδραση

Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπημένα σχέδια της συμπεριφοράς, του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων

Κλινικά σημαντική εξασθένιση στους κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους τομείς της λειτουργίας

Καμία κλινικά σημαντική γενική καθυστέρηση στη γλώσσα

Καμία κλινικά σημαντική καθυστέρηση στη γνωστική ανάπτυξη ή προσαρμοστικός (κοινωνικές προκλήσεις εξωτερικού) (Wing, 1996).

1.4 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ISD – 10 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- Διαταραχή στην επικοινωνία
- Διαταραχή στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- Στερεότυπες συμπεριφορές και αντίσταση στην αλλαγή

Μεταξύ του φάσματος που αναγνωρίζει το ICD – 10 υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα. Κάθε άνθρωπος που ανήκει στο φάσμα των αναπτυξιακών έχει τα δικά του, προσωπικά χαρακτηριστικά. Η ίδια δεξιότητα μπορεί να διαφέρει μεταξύ των παιδιών αλλά και στο ίδιο παιδί, από ηλικία σε ηλικία. Λόγω αυτής της μεταβλητότητας και της δυσκολίας του διαχωρισμού των προβλημάτων της

κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και των στερεότυπων εμμονικών συμπεριφορών, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα εργαλεία και μέσα που ελέγχουν τη συμπτωματολογία της Διαταραχής Asperger (WHO, 1992).

1.5 ΓΙΑΤΙ ΈΧΩ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

Κανείς δε ξέρει γιατί κάποια άτομα έχουν αυτισμό. Οι επιστήμονες δε γνωρίζουν με βεβαιότητα τι προκαλεί τον αυτισμό σε κάποιους ανθρώπους. Προσπαθούν να βρουν γιατί κάποια παιδιά έχουν αυτισμό και κάποια άλλα δεν έχουν. Ο αυτισμός είναι ένα ακόμα μυστήριο. Οι επιστήμονες όμως γνωρίζουν μερικά πράγματα γι αυτόν:

1. δεν είναι αρρώστια και δε σημαίνει ότι τα άτομα είναι άρρωστα
2. δε σημαίνει ότι όποιος έχει αυτισμό είναι κακός ή λάθος ή ότι είναι καλύτερος από τα άλλα παιδιά
3. δε φταίει κανένας που κάποια άτομα έχουν αυτισμό
4. είναι μια νευρολογική διαταραχή γιατί επηρεάζει τον εγκέφαλό
5. ενδέχεται να είναι γενετικής αιτιολογίας, αν μερικά ξαδέλφια, θείοι, αδελφοί ή άλλα μέλη στην ίδια οικογένεια έχουν αυτισμό (Faherty, 1999).

1.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- ➔ Σε κάθε 1.000 ανθρώπους σε όλο τον κόσμο υπάρχουν περίπου 2 άνθρωπο με αυτισμό.
- ➔ Σε κάθε 5 ανθρώπους με αυτισμό 4 από αυτούς είναι άνδρες και 1 είναι γυναίκα.
- ➔ Στο Σύνδρομο Asperger η αναλογία είναι 8 αγόρια προς 1 κορίτσι.
- ➔ Υπάρχουν παιδιά και ενήλικες που έχουν Σύνδρομο Asperger που ζουν σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Όπως υποστηρίζει ο Colin (2007), η αύξηση των ατόμων με το σύνδρομο αυτό είναι ανάλογη με τις αλλαγές στην κοινωνία. Ενώ παλιότερα αυτά τα άτομα είχαν καλή επίδοση στο σχολείο και κέρδιζαν τον σεβασμό των υπολοίπων, σήμερα το επίπεδο των σχολείων έχει γίνει πιο απαιτητικό, έτσι ώστε οι διδακτικοί μέθοδοι να δουλεύουν ενάντια στη φύση των ατόμων αυτών (Faherty, 1999 · Fombonne & Volkmar, 2003 · Tidmarsh & Volkmar 2003).

1.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ASPERGER

Όπως έχει προαναφερθεί, το Σύνδρομο Asperger πρόκειται για διαταραχή αβέβαιης νοσολογικής εγκυρότητας, χαρακτηριζόμενη από το ίδιο είδος ποιοτικών ανωμαλιών της αμοιβαίας κοινωνικής συναλλαγής που είναι τυπικές του αυτισμού, μαζί με περιορισμένο, στερεότυπα περιορισμένο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Smith, Simpson, Becker, 1995). Η διαταραχή αυτή διαφέρει από τον αυτισμό, πρωτίστως κατά το ότι δεν υφίσταται γενική καθυστέρηση ή επιβράδυνση στη γλωσσική ανάπτυξη ή την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών (Greenway, 2000). Τα περισσότερα άτομα διαθέτουν φυσιολογική γενική νοημοσύνη, αλλά συνήθως είναι πολύ αδέξια. Η κατάσταση αυτή αφορά κατεξοχήν τα αγόρια (Volkmar, Szatmari, Sparrow, 1993). Φαίνεται πιθανότατο ότι πρόκειται για ήπιες παραλλαγές του αυτισμού, τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις αλλά είναι αβέβαιο κατά πόσο ισχύει ή δεν ισχύει για όλες (South, Ozonoff, McMahon, 2005). Υπάρχει ισχυρή τάση αυτές οι ανωμαλίες να επιμένουν και κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή και φαίνεται μάλλον πρόκειται για μεμονωμένα, χαρακτηριστικά τα οποία δεν επηρεάζονται ουσιαστικά από το περιβάλλον. Περιστασιακά, επισυμβαίνουν ψυχωσικά επεισόδια κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή (Gutstein & Whithey, 2002).

Τα άτομα με Σύνδρομο Asperger έχουν κάποια έντονα χαρακτηριστικά, που τους κάνουν να είναι ευάλωτοι στον κοινωνικό περίγυρο.

Μερικά από αυτά είναι:

1.7.1 ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

Το έλλειμμα στην κοινωνική συναλλαγή θεωρείται από πολλούς το πρωταρχικό στοιχείο της διαταραχής. Παρόλο που επιθυμούν την κοινωνική επαφή, δεν γνωρίζουν τους κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς (AANE, 2000). Δεν κατανοούν τη μη – λεκτική επικοινωνία και δεν μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Δυσκολεύονται να δημιουργήσουν φιλίες. Τα άτομα με Σύνδρομο Asperger βρίσκουν δύσκολο να κατανοήσουν τον κόσμο γύρω τους και ειδικά τους άλλους ανθρώπους. Τους λείπει << η κοινή λογική >>. Αυτό έχει ως απόρροια το έλλειμμα να ταυτίζεται με την απομόνωση και απόσυρση του παιδιού (Maurice, Green, Luce, 1996). Υπάρχουν ωστόσο και άτομα τα οποία αντιπαθούν την

κοινωνική συναλλαγή και προτιμούν να είναι μόνα τους (Williams, 1995 · Jones & Meldal, 2001).

1.7.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι δυσκολίες στην κοινωνική συναλλαγή τείνουν να συντρέχουν με δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία (λεκτική και μη – λεκτική). Ανεξάρτητα από το βαθμό λειτουργικότητας ή την ακριβή εντόπιση στο φάσμα, όλα τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτιστικές διαταραχές έχουν διαταραγμένη επικοινωνία (Cragar & Horvath, 2003). Η γλώσσα τους (νοούμενη ως γραμματική, λεξιλόγιο, ακόμα και ως ικανότητα να καθορίσουν το νόημα μεμονωμένων λέξεων – σημασιολογία) μπορεί να μειονεκτεί ή να μη μειονεκτεί. Το κυρίως πρόβλημα βρίσκεται στον τρόπο που χρησιμοποιούν την όποια γλώσσα (πραγματολογία) (Gutstein & Whitney, 2002 · Jones & Meldal, 2001).

1.7.2.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ - ΓΛΩΣΣΑΣ

- I. Δυσκολίες στον λόγο. Κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, άτομα με Σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν αρκετές δυσκολίες στο λόγο που έχει σαν απόρροια να μην υπάρχει καταληπτότητα ο λόγος.
- II. Επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις που ακούστηκαν στο παρελθόν (καθυστερημένη / έμμεση ηχολαλία).
- III. Επαναλαμβάνει φράσεις στη σωστή περίπτωση, όμως μπορεί να αντιγράφει αυθεντικές λέξεις με ακατάλληλο τρόπο (π. χ. αντιστρέφει αντωνυμίες, λέγοντας << Θέλεις να πιεις >> ως αίτηση, για να ζητήσει να πει).
- IV. Χρησιμοποιεί κάποιες λέξεις και φράσεις ακατάλληλα.
- V. Μπερδεύει λέξεις (π. χ. αδερφός / αδερφή, πάνω / κάτω).
- VI. Δεν μπορεί να ξεκινήσει ή να διατηρήσει μια συζήτηση, αν ο συνομιλητής δεν φροντίζει για αυτό. Μπορεί να αλλάξει θέμα κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης.
- VII. Σε μεγαλύτερη ηλικία, επιδιώκει να ακούσει ή να πει συγκεκριμένες φράσεις .
- VIII. Φτιάχνει δικές του λέξεις (νεολογισμοί).
- IX. Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει κλινικά σημαντική γενική καθυστέρηση στη γλώσσα (π.χ. χρήση μεμονωμένων λέξεων στην ηλικία των 2 ετών, χρήση επικοινωνιακών φράσεων στην ηλικία των 3 ετών)(Faherty, 1999 · Rapin & Dunn, 2003).

1.7.2.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Παρά το γεγονός ότι χειρίζονται πολύ καλά τη γλώσσα, τη χρησιμοποιούν μόνο κυριολεκτικά, αφού αδυνατούν να κατανοήσουν αστεία, ειρωνείες και μεταφορές. Η φωνή τους τείνει να είναι επίπεδη και άχρωμη ή ακόμα μονότονη ή πολύ δυνατή. Δεν γνωρίζουν πώς να ζητήσουν βοήθεια και μπορεί να μιλούν σε μάκρος για ένα θέμα ή να επαναλαμβάνουν λέξη ή φράση πολλές (LCCLCC, 1999). Συγκεκριμένα:

- I. Δεν κατανοεί το λόγο και δεν αποκρίνεται όταν του απευθύνεται.
 - II. Κατανοεί ονόματα γνωστών αντικειμένων ή απλών οδηγιών μόνο σε συγκεκριμένο πλαίσιο.
 - III. Κατανοεί καλύτερα όταν δοθούν οπτικά στοιχεία.
 - IV. Συχνά η κατανόηση είναι κυριολεκτική, χωρίς να γίνονται αντιληπτά το κρυμμένο νόημα, η μεταφορά, η παρομοίωση, η ειρωνεία. Π. χ. << Μπορείς να κλείσεις το παράθυρο >> και θα απαντήσουν κυριολεκτικά “ Ναι μπορώ” (Faherty, 1999 · Rapin & Dunn, 2003).
- Επομένως είναι αναγκαία η εκπαίδευσή τους σε θέματα δόμησης του λόγου ώστε να μπορούν να επικοινωνούν καλύτερα με τους γύρω τους.

1.7.2.3 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΜΗ – ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

- I. Η προσωδία μπορεί να είναι μονότονη, μηχανική (σαν ρομπότ) ή ακατάλληλη.
- II. Η ένταση της φωνής μπορεί να είναι πολύ δυνατή ή πολύ ασθενής.
- III. Η ποικιλία εκφράσεων του προσώπου είναι περιορισμένη.
- IV. Έκπτωση στη χρήση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, οι στάσεις του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής (Faherty, 1999 · Rapin & Dunn, 2003).

1.7.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΑ – ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΑ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ & ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Οι επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες αποτελούν μια εναλλακτική του ατόμου που βρίσκεται στο φάσμα εφόνσον δεν μπορεί να ευχαριστηθεί δραστηριότητες που περιέχουν ευέλικτη και δημιουργική σκέψη, δεν μπορεί να απολαύσει ανταλλαγή ιδεών με άλλους ανθρώπους ή δεν μπορεί να ολοκληρώσει στη σκέψη του παρελθοντικές ή παρούσες εμπειρίες και να κάνει σχέδια για το μέλλον. Ακόμα,

αυτές μπορεί να συνιστούν ένα είδος απόσυρσης από την περίπλοκη πραγματικότητα που τους αγχώνει (Frith, 1991 · Duntzer & Mormede, 1983).

1.7.3.1 ΠΕΡΙΠΛΟΚΕΣ – ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ & ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΕΣ

- I. Τελετουργικές ρουτίνες: Εκτελούν μία σειρά πολύπλοκων κινήσεων, πριν καθίσουν να φάνε, τοποθετούν αντικείμενα στη σειρά, τοποθετούν αντικείμενα στο χώρο ή με ένα πολύ συγκεκριμένο τρόπο, τοποθετούν ανθρώπους στο χώρο. Σε κάποιες περιπτώσεις κλείνουν την πόρτα και το φως, φεύγουν από το δωμάτιο ακόμα και όταν υπάρχουν άνθρωποι σε αυτό.
- II. Τοποθετούν αντικείμενα με μια συγκεκριμένη σειρά, π.χ. τους μαρκαδόρους, χωρίς να αφήσουν κανέναν να τους αλλάξει αυτή τη σειρά.
- III. Προσκολλώνται σε συγκεκριμένα αντικείμενα τα οποία θέλουν να έχουν πάντα μαζί τους .
- IV. Στερεότυπες κινήσεις: Φτερούγισμα των χεριών ή των δαχτύλων, πήδημα πάνω - κάτω, περπάτημα στις άκρες των δαχτύλων, λίκνισμα μπρος πίσω, περίεργες εκφάνσεις προσώπου ή τικ, περιστροφή γύρω από τους εαυτούς τους. Η συμπεριφορά αυτή πραγματοποιείται συνήθως για να εκδηλώσει τη χαρά του.
- V. Ενασχόληση περιβαλλόμενη με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, η οποία είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστίαση.
- VI. Εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες. Επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων (Frith, 1991 · Duntzer & Mormede, 1983).

1.7.4 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΈΝΤΟΝΩΝ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Τα άτομα με Σύνδρομο Asperger μπορεί να υπερ – αντιδρούν ή υπο – αντιδρούν σε Αισθητηριακά ερεθίσματα:

- I. Οι ήχοι που μπορούν να προσληφθούν ως έντονοι περιλαμβάνουν ξαφνικούς απρόσμενους θορύβους (φτέρνισμα), ήχους υψηλών τόνων, συνεχείς ήχους (σεσουάρ) ή συγκεχυμένους, σύνθετους ή πολλαπλούς ήχους (εμπορικά κέντρα). Το

παιδί μπορεί να βάζει τα δάχτυλα στα αυτιά του ή να αγχώνεται ή να αντιδρά με διάφορους τρόπους ή ακόμα να πονάει. Η υπερευαισθησία τείνει να μειώνεται με την ηλικία.

II. Υπερευαισθησία παρουσιάζεται και για απτικά ερεθίσματα ανάλογα με το πόσο έντονη είναι η αφή ή το άγγιγμα συγκεκριμένων σημείων του σώματος, π. χ. λούσιμο μαλλιών, τη δεκτικότητα ως προς τα ρούχα.

III. Στον τομέα της όρασης, μπορεί το παιδί να παρουσιάζει ευαισθησία σε συγκεκριμένα επίπεδα φωτισμών ή χρωμάτων (Frith, 1991).

1.7.5 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ

Προκειμένου κάποιος να κατανοήσει τη συγκεκριμένη διαταραχή δεν αρκεί να σταθεί μόνο στην κλινική εικόνα του ατόμου, αλλά χρειάζεται να λάβει υπόψη του τα υποκείμενα γνωσιακά ελλείμματα που την χαρακτηρίζουν και την καθορίζουν. Πρέπει με κάποιο τρόπο να κατανοήσουμε την ιδιαίτερη << κουλτούρα >>, το ιδιαίτερο γνωσιακό στυλ, έτσι ώστε να μπορούμε να προβλέπουμε και να αντιμετωπίζουμε, κατά το δυνατό, τα συμπτώματα. Χωρίς αυτό η συμπεριφορά των παιδιών θα παραμείνει ακατανόητη και απρόβλεπτη.

Ένα από τα πιο εντυπωσιακά χαρακτηριστικά του είναι η *ασύγχρονη και άνιση* ανάπτυξη των ψυχολογικών δεξιοτήτων του ατόμου. Έτσι, ενώ το παιδί μπορεί να παρουσιάζει εξαιρετικές ικανότητες σε έναν τομέα αλλά να υπολείπεται σημαντικά σε άλλους, π.χ. να διαβάζει στα 3,5 αλλά να αγνοεί τους πιο βασικούς κοινωνικούς κανόνες. Οι διαφορές αυτές αποτελούν συχνά πηγή παρεξηγήσεων, αφού δεν είναι δυνατό να γίνει αντιληπτό το πραγματικά μεγάλο και ουσιαστικό έλλειμμα που μπορεί να παρουσιάζουν, όταν για παράδειγμα εμφανίζουν εξαιρετικές επιδόσεις σε γνωστικά επίπεδα.

Ακόμα, κάποια άτομα με Σύνδρομο Asperger δεν διαθέτουν την *διαισθητική ικανότητα* να αντιλαμβάνονται ότι οι άλλοι έχουν *αισθήματα και σκέψεις* που διαφέρουν από τα δικά τους. Δυσκολεύονται να <<διαβάσουν το νου>> των άλλων ανθρώπων. Τους είναι δύσκολο να καταλάβουν ότι ο άλλος ίσως αισθάνεται, επιθυμεί, γνωρίζει ή πιστεύει κάτι διαφορετικό από αυτούς. Αυτή η έλλειψη μπορεί να εξηγήσει κάποιες δυσκολίες στην επικοινωνία και κάποιες από τις ακατάλληλες συμπεριφορές.

Μια άλλη δυσκολία που ίσως να παρουσιάζουν τα άτομα είναι ότι έχουν ένα ιδιαίτερο στυλ *επεξεργασίας αντί της ολιστικής*. Μοιάζουν να επεξεργάζονται πληροφορίες και καταστάσεις επικεντρώνοντας στη λεπτομέρεια. Έτσι κάποια άτομα επιδεικνύουν δεξιότητες σε συγκεκριμένες δραστηριότητες όπως το παζλ όπου η προσοχή στη λεπτομέρεια είναι προτέρημα.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτών των ατόμων είναι η *ελλιπή ικανότητα απόδοσης νοήματος* στις εμπειρίες τους. Μπορούν να δράσουν στο περιβάλλον τους, μπορούν να μάθουν δεξιότητες, να μάθουν να χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο, δεν έχουν όμως την ικανότητα να κατανοήσουν τι σημαίνει πολλές από τις δραστηριότητες. Δε συσχετίζουν τις ιδέες με τα γεγονότα. Ο κόσμος τους αποτελείται από μια ομάδα εμπειριών και απαιτήσεων ενώ τα υποκείμενα θέματα, οι ιδέες, τα νοήματα, οι λόγοι ή οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν τις εμπειρίες και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, δεν είναι συνήθως ξεκάθαρες.

Η *διάσπαση προσοχής* είναι επίσης συχνό χαρακτηριστικό αυτών των ατόμων. Τους είναι δύσκολο να δώσουν προσοχή στους δασκάλους τους, διότι συγκεντρώνονται σε αισθήσεις που για αυτούς είναι πιο ενδιαφέρουσες ή σημαντικές. Επιπλέον, η συγκέντρωση της προσοχής τους συχνά αλλάζει γρήγορα από μια αισθητηριακή εμπειρία σε κάποια άλλη.

Ανεξάρτητα από το γνωστικό τους επίπεδο, εμφανίζουν *συγκεκριμένη σκέψη*, δηλαδή έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αντιληφθούν συμβολικές ή αφηρημένες γλωσσικές ιδέες παρά συγκεκριμένα γεγονότα. Οι λέξεις για αυτούς σημαίνουν ένα πράγμα, δεν έχουν επιπρόσθετα νοήματα, υπονοούμενα ή λεπτές συσχετίσεις. Για παράδειγμα, δεν μπορούν να καταλάβουν την παροιμία << Μυαλό κουκούτσι >>. Θα πρέπει να γίνει εκτεταμένη ανάλυση για να καταλάβουν το νόημα.

Ένα από τα επιβλαβή τους ελλείμματα για προσαρμογή τους και εν γένει για τη μάθηση είναι η *δυσκολία γενίκευσης*. Συχνά μαθαίνουν δεξιότητες ή συμπεριφορές σε κάποιο συγκεκριμένο περιβάλλον ή περίσταση, όμως έχουν τεράστια δυσκολία να τις γενικεύσουν σε κάποιο άλλο περιβάλλον ή περίσταση. Για παράδειγμα, μπορεί το αυτοκίνητο των γονιών τους να είναι μπλε χρώμα αλλά να έχουν επιφύλαξη να μπαίνουν σε άλλα αυτοκίνητα με διαφορετικό χρώμα (Fullerton, Stratton, Coyne, Gray, 1996 · Hare, 1997 · Reaven & Hepburn, 2003).

1.7.6 ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΦΗΡΗΜΕΝΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Μπορούν να αποστηθίσουν με ευκολία γεγονότα και ημερομηνίες, δυσκολεύονται όμως στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών με αποτέλεσμα να τους φαίνονται ακατανόητα σχολικά μαθήματα όπως η λογοτεχνία, τα θρησκευτικά και τα προβλήματα αριθμητικής. Δυσκολεύονται ιδιαίτερα να κάνουν υποθέσεις και δεν αναπτύσσουν κριτική σκέψη. Ο τρόπος σκέψης είναι << δύσκαμπτος >> (Reaven & Herbourn, 2003).

1.7.7 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Τα άτομα σε Σ.Α. αναπτύσσουν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, τα οποία αφορούν στη συλλογή αντικειμένων ή πληροφοριών για συγκεκριμένα θέματα, και τα οποία κυριαρχούν στη ζωή τους, στο χρόνο και τις συζητήσεις τους, σε βαθμό που να αποτελούν εμμονές. Ενδιαφέροντα ιδιαίτερα για τομείς όπως το διάστημα, τα φυσικά φαινόμενα αλλά και χάρτες, διαδρομές, μάρκες αυτοκινήτων. Τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα αλλάζουν κατά καιρούς και μπορεί από τη μία ημέρα στην άλλη, το παιδί που ήταν παθιασμένο με τους χάρτες να πάψει να ασχολείται και να ξεκινήσει να μαζεύει λεπτομερείς πληροφορίες για τα φορτηγά μεγάλου κυβισμού. Πολλές φορές τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά τους μπορεί να χρησιμεύσουν ως μέσω μάθησης και αργότερα επαγγελματικής αποκατάστασης (Faherty, 1999).

- Μου αρέσει να σκέφτομαι τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου.
- Μου αρέσει να διαβάζω για τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου.
- Μου αρέσει να μιλάω για τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου.
- Μου αρέσει να σχεδιάζω τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου.
- Μου αρέσει να γράφω για τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου.
- Μου αρέσει να κάνω κάτι με τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου (Faherty, 1999 σελ.38-40).

1.7.8 ΈΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΣΤΙΓΜΗΣ

Στα άτομα με Σ.Α. αρέσουν η ρουτίνα και η οικειότητα. Ρουτίνα είναι όταν κάποιος κάνει το ίδιο πράγμα με τον ίδιο τρόπο. Οικειότητα σημαίνει η συνήθεια σε μία

κατάσταση. Τα άτομα με Σ.Α. νιώθουν καλά με τις ρουτίνες γιατί ξέρουν τι τους περιμένει. Κάθε απρόσμενη αλλαγή στο καθημερινό πρόγραμμα τους δημιουργεί αναστάτωση (π.χ. ακύρωση μαθημάτων, κυκλοφοριακή συμφόρηση κ.α.). Αναπτύσσουν αισθήματα ανησυχίας και άγχους μπροστά σε κάθε καινούρια κατάσταση. Αναρωτιούνται αν τα πράγματα θα είναι όπως πριν. Οι αλλαγές μπορεί να δυσκολεύουν τα παιδιά με Σ.Α. (Maurice, Green, Luce, 1996 · Osler & Osler, 2002).

1.7.9 ΑΔΕΞΙΟΤΗΤΑ

Χαρακτηριστικό των ατόμων με Σύνδρομο Asperger είναι ότι δυσκολεύονται σε δραστηριότητες που απαιτούν συντονισμένες κινήσεις (π.χ. πέταγμα της μπάλας, δέσιμο κορδονιών κ.α.) (Osler & Osler, 2002).

1.7.10 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Τα παιδιά με Σ.Α. έχουν αρκετές ιδιαιτερότητες σε ό,τι αφορά τις γνωστικές δεξιότητες. Συνήθως έχουν εξαιρετική μακροπρόθεσμη μνήμη ιδιαίτερα σε θέματα που συνδέονται με τα ενδιαφέροντα τους. Πολλά από αυτά έχουν ιδιαίτερες ικανότητες στα μαθηματικά ή στις ξένες γλώσσες. Ωστόσο η σκέψη τους δεν είναι ευέλικτη και δύσκολα προσαρμόζονται σε αλλαγές ή αποτυχίες. Εξ ορισμού τα άτομα με Σ.Α. έχουν φυσιολογική νοημοσύνη – συχνά μάλιστα και πολύ υψηλή – και πολλοί από αυτούς (αν και όχι όλοι) έχουν κάποια εξαιρετική ικανότητα ή ταλέντο σε ένα συγκεκριμένο τομέα. Το φανταστικό παιχνίδι των παιδιών με Σ.Α. είναι μοναχικό και παρουσιάζει ασυνήθιστα χαρακτηριστικά (Reaven & Hepburn, 2003).

1.7.11 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑΛΕΝΤΑ

Όλοι οι άνθρωποι έχουν δυνατότητες και ταλέντα. Οι δυνατότητες και το ταλέντο των ατόμων με Σ.Α. αφορούν διαδικασίες που ξέρουν και μπορούν να κάνουν καλά. Μερικές από αυτές μπορεί να είναι (Aarons & Gitters, 1998 · Faherty, 1999 · Safran, 2001):

- Διάβασμα
- Ορθογραφία

- Αλφαβητική σειρά
- Ξένες γλώσσες
- Σχέδιο ή ζωγραφική
- Ηλεκτρονικός υπολογιστής
- Πρόσθεση ή αφαίρεση
- Ταίριασμα
- Μέτρημα
- Ημερομηνίες
- Αριθμητική σειρά
- Να παίζω με τα μουσικά όργανα
- Να τραγουδώ
- Φωτογραφίες
- Αθλητισμός
- Κατασκευή πραγμάτων

1.7.12 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η ζωή στο σχολείο μπορεί να είναι πολύ δύσκολη για τα παιδιά που φαίνονται ιδιόρρυθμα και εκκεντρικά λόγω της κοινωνικής τους αδεξιότητας αλλά και των ειδικών ταλέντων τους. Η εικόνα του παιδιού με Σ.Α. που περιφέρεται μόνο του στα διαλείμματα, μονολογώντας, ή που αναζητά απεγνωσμένα τη συντροφιά ενός δασκάλου για να συνομιλήσει μαζί του, αλλά και για να αποφύγει τα πειράγματα και την κοροϊδία των συμμαθητών, είναι πολύ συνηθισμένη. Πλησιάζοντας στην εφηβεία, τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη διαφορετικότητά τους, την αδυναμία τους να κάνουν φίλους και να ενταχθούν σε ομάδες συνομηλίκων και μπορεί να οδηγηθούν σε παραβατικές συμπεριφορές ή να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με Σ.Α. έχουν απόλυτη ανάγκη από τη στήριξη δασκάλων που θα βοηθήσουν να αναπτύξουν τα ταλέντα και τις ικανότητές τους. Τους χρειάζεται ένας μέντορας που θα τους βοηθήσει να εκμεταλλευτούν τις ικανότητές τους σε τέτοιο βαθμό ώστε να αντισταθούν τις δυσκολίες τους.

(Atwood, 1998).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα άτομα με Σύνδρομο Asperger έχουν κάποια προτερήματα όπως:

- Ο υψηλός δείκτης νοημοσύνης
- Η αξιοπιστία και η επιμονή τους κυρίως σε συνθήκες εργασίας
- Η ειλικρίνεια και δικαιοσύνη
- Η καλή μνήμη για γεγονότα, αριθμούς και ημερομηνίες
- Είναι κοινωνικοί και απολαμβάνουν την επαφή με άλλα άτομα

Κατά ένα μεγάλο ποσοστό στα άτομα με Σύνδρομο Asperger δεν υφίσταται κλινικά σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη των γνωσιακών λειτουργιών ή στην ανάπτυξη ανάλογων με την ηλικία δεξιοτήτων αυτό – εξυπηρέτησης, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (άλλης εκτός της κοινωνικής συναλλαγής) και της περιέργειας για το περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία. Τέλος, τα κριτήρια δεν ικανοποιούνται για μια άλλη συγκεκριμένη κυρίαρχη αναταραχή ή σχιζοφρένια ανάπτυξης (Atwood, 1998) .

1.8 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

- Κοινωνικά αδέξιος
- Αφελής (εύκολος στόχος για να τον φοβερίζει κάποιος)
- Συχνά δεν κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων
- Οι συζητήσεις είναι ελάχιστα ανεπτυγμένες ενώ παράλληλα δυσκολεύεται στην πραγμάτωση μιας συζήτησης
- Ακατάλληλες εκφράσεις προσώπου
- Συνήθως δυνατή, υψηλή ή μονότονη φωνή
- Περιορισμένες δεξιότητες παιχνιδιού
- Κατά ασυνήθιστο τρόπο ακριβής μνήμη για τις λεπτομέρειες
- Δυσκολία στον ύπνο και το φαγητό
- Προβλήματα με δεξιότητες που απαιτούν καλή οργάνωση
- Δυσκολία στο να παίρνει αποφάσεις
- Δυσκολία στην εναλλαγή δραστηριοτήτων
- Κυριολεκτικός στην ομιλία και την κατανόηση
- Έντονοι τομείς ενδιαφέροντος (παράξενα ενδιαφέροντα)
- Ασυνήθιστα λεκτικά σχέδια (επαναλαμβανόμενες ή άσχετες παρατηρήσεις)
- Έλλειψη της δημιουργίας φιλικής σχέσης

-Έλλειψη κατανόησης της ανθρώπινης σχέσης

1.9 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

Οποιαδήποτε απόπειρα τροποποίησης ή διαχείρισης των συμπεριφορών που παρουσιάζουν τα άτομα με Σύνδρομο Asperger θα πρέπει να συνοδεύονται από μία καλή γνώση των βαθύτερων αιτιών σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, που συνυπάρχουν σε όλα τα άτομα με Σύνδρομο Asperger σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Υπάρχουν, επομένως, βαθύτερα ελλείμματα στον τρόπο που τα άτομα με Σύνδρομο Asperger αντιλαμβάνονται τον κόσμο. Τα ελλείμματα αυτά αφορούν αισθητηριακές διαταραχές, διαταραχές στην επικοινωνία, διαταραχή στην φαντασία και άκαμπτος τρόπος σκέψης, διαταραχές στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Τα γνωστικά αυτά ελλείμματα συχνά δημιουργούν στο άτομο με Σύνδρομο Asperger αίσθημα σύγχυσης και ανασφάλειας, καθώς αντιλαμβάνεται τον κόσμο μας με τρόπο αποσπασματικό χωρίς να μπορεί να του δώσει ιδιαίτερο νόημα. Τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι πολλές φορές η κορυφή του παγόβουνου, το σύμπτωμα μιας βαθύτερης έντασης, ανασφάλειας και δυσφορίας που βιώνουν τα άτομα με Σύνδρομο Asperger, λόγω αδυναμίας τους να βάλουν σε τάξη τον κόσμο γύρω τους, επειδή δεν έχουν τους γνωστικούς μηχανισμούς για να το κάνουν (Reaven & Hepburn, 2003 · Williams, 1995).

1.9.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η ανάλυση της συμπεριφοράς αποτελεί το πρώτο και πιο κρίσιμο βήμα σε οποιαδήποτε προσπάθεια σχεδιασμού ενός προγράμματος παρέμβασης για τη διαχείριση μιας συμπεριφοράς. Με δεδομένο ότι οι συμπεριφορές που εμφανίζουν τα παιδιά με Σ.Α. εξυπηρετούν κάποια λειτουργία για το άτομο (όσο δυσνόητες, παράξενες, περίεργες και αν φαίνονται σε εμάς), είναι πολύ σημαντικό να προσπαθούμε μέσα από συστηματική παρατήρηση και καταγραφή, να απομονώσουμε σε όλους εκείνους τους παράγοντες που συντελούν άμεσα ή έμμεσα στην εμφάνιση και συντήρησή τους, προκειμένου να μπορέσουμε να τις διαχειριστούμε με αποτελεσματικό τρόπο. Έτσι, γίνεται προσπάθεια να αναγνωριστούν όλοι οι

παράγοντες που προηγούνται μίας συμπεριφοράς, οι οποίοι συμβάλλουν στη εμφάνιση αυτής της συμπεριφοράς (Attwood, 1998).

Όταν αναζητούμε πιθανές αιτίες στην εκδήλωση μίας συμπεριφοράς θα πρέπει να θυμόμαστε ότι συνήθως δε μιλάμε μόνο για μία αιτία, οι παράγοντες που ενεργοποιούν μία συμπεριφορά είναι ποικίλοι και σύνθετοι:

Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι που αναφέρονται στη βιβλιογραφία συνδέονται με :

- Ματαίωση, όταν το άτομο με Σύνδρομο Asperger δεν μπορεί να επικοινωνήσει τις ανάγκες του (επικοινωνιακή λειτουργία).
- Σύγχυση – αποφυγή, όταν το άτομο δεν μπορεί να καταλάβει οδηγίες, απαιτήσεις ή κανόνες που του θέτουν οι άλλοι, ή όταν οι απαιτήσεις είναι υπερβολικές.
- Ματαίωση, θυμός, όταν οι άλλοι αντιστέκονται στην ανάγκη του ατόμου να έχει πλήρη έλεγχο του περιβάλλοντός του (μέσα από κινήσεις ή εμμονές).
- Πόνο ή ασθένεια.
- Διαταραχές ύπνου.
- Απουσία ερεθισμάτων – δραστηριοτήτων.
- Άγχος – φόβος όταν συμβαίνουν αλλαγές στο πρόγραμμα και στις ρουτίνες του.
- Απουσία ανοχής σε ερεθίσματα του φυσικού περιβάλλοντος (δυνατοί ήχοι, πολυκοσμία, δυνατός φωτισμός).

Τα παραπάνω μπορούν να θεωρηθούν άμεσοι ή έμμεσοι << ενεργοποιητές>> των προβλημάτων συμπεριφοράς, καθώς φαίνεται ότι ενεργοποιούν ή πυροδοτούν την εμφάνισή τους. Παράλληλα θα πρέπει να υπολογιστεί (να πάρουμε υπόψη μας) και την δική μας αντίδραση σε παρόμοια συμπεριφορά (Williams, 1995). Πολλές φορές οι δικοί μας τρόποι, χωρίς να το συνειδητοποιούμε, συμβάλλουν στη διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, αν το παιδί ζητήσει κάτι από την κυρία του και η ίδια το αρνείται, θα καταλάβει ότι το αίτημά του θα ικανοποιηθεί μόλις εκδηλώσει μια κρίση θυμού (π.χ. αρχίσει να φωνάζει δυνατά), το πιθανότερο είναι ότι θα μάθει να χρησιμοποιεί αυτή τη συμπεριφορά, προκειμένου να έχει αυτό που επιθυμεί, κάτι που δημιουργεί φαύλο κύκλο διαιώνισης μιας δύσκολης συμπεριφοράς (Colin, 2007).

1.10 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χάρης (ψευδώνυμο), 8 ετών,

Φοιτά στη Β' Τάξη και προέρχεται από ένα μάλλον υψηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, με γονείς μορφωμένους που κατέχουν αρκετά υψηλές θέσεις σε μεγάλες εταιρείες. Φοιτά στο σχολείο με υποστηρικτική βοήθεια συνοδού και του παρέχεται ειδική εκπαίδευση και λογοθεραπεία σε διαχωριστικό περιβάλλον. Διαπιστώθηκε ότι έχει σύνδρομο. όταν ήταν 4 ετών.

Κινητική Κατάσταση

Η κινητική κατάσταση του Χάρη είναι καλή. Κρατά το μολύβι σωστά και γράφει αρκετά καλά. Όταν είναι σε άσχημη συναισθηματική κατάσταση γράφει μεγάλα και ασυγύριστα γράμματα. Δυσκολεύεται να δέσει τα κορδόνια των παπουτσιών του, δεν μπορεί να πιάσει την μπάλα όταν του τη ρίχνουν και εμφανίζει κάποια αδεξιότητα στις δεξιότητες χειρισμού και ελέγχου. Επιπρόσθετα, δυσκολεύεται να συντονίσει τις κινήσεις του, π.χ. εναλλαγή ποδιού στο μάθημα της γυμναστικής. Όταν τρέχει, τα χέρια του φαίνονται να κινούνται άτσαλα και επίσης εμφανίζει κάποια σημάδια υπερκινητικότητας.

Αισθητηριακή Κατάσταση

Η αισθητηριακή του κατάσταση ήταν πολύ καλή και δεν παρουσίαζε καμία ασυνήθιστη αισθητηριακή αντίδραση.

Ακαδημαϊκές Ικανότητες

Οι αναγνωστικές του δεξιότητες είναι πολύ καλές, αλλά έχει φτωχή γλωσσική κατανόηση. Από τη μία υπάρχουν λέξεις που δεν κατανοεί και από την άλλη διαβάζει εντελώς μηχανικά. Επιπλέον, κατανοεί μόνο χειροπιαστές ιδέες, δεν κατανοεί αφηρημένες έννοιες. Για να βρει πληροφορίες μέσα από κάποιο κείμενο, πρέπει αυτό να μην υπερβαίνει τις τρεις – τέσσερις λέξεις γραμμής. Μπορεί να εργαστεί ανεξάρτητα και να συμπληρώσει ασκήσεις γραμματικής, εφόσον είναι μηχανικές ασκήσεις και τις έχει ξανακάνει. Γράφει δύσκολες λέξεις χωρίς λάθη, ακόμα και όταν δεν τις έχει ξαναδεί ή ξαναγράψει. Αδυνατεί να γράψει μερικές προτάσεις για ένα θέμα, έστω και ασύνδετες, χωρίς τη βοήθεια ερωτήσεων, π.χ. για μία επίσκεψη που έκανε.

Δεν μπορεί να συνεργαστεί με τα άλλα παιδιά, αφού δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και να ακούσει τι λένε. Δεν μπορεί να κάνει ερωτήσεις πάνω στο συγκεκριμένο θέμα που

συζητούν και όταν του απευθύνουν κάποια ερώτηση, δεν φαίνεται να τους ακούει, είναι απορροφημένος σε άλλα ερεθίσματα, π.χ. περιεργάζεται τη ρίγα. Αδυνατεί να εκφράσει κρίσεις ή να κάνει γενικεύσεις.

Είναι πολύ καλός με τους αριθμούς, όπως και με οποιαδήποτε άλλη μηχανική δραστηριότητα. Εκτελεί αριθμητικές πράξεις με αρκετή άνεση, αλλά δυσκολεύεται στη λύση προβλήματος. Λύνει μόνο προβλήματα με απλή πρόσθεση και αφαίρεση.

Συγκέντρωση Προσοχής

Ο Χάρης δε συμμετέχει στις μαθηματικές δραστηριότητες της τάξης του, όπως τα άλλα παιδιά. Η προσοχή του διασπάται διαρκώς και δεν προσέχει τις οδηγίες της δασκάλας. Για να μπορέσει να κατανοήσει κάποια οδηγία, πρέπει η δασκάλα να απευθύνεται σε αυτόν ονομαστικά και η οδηγία να είναι σύντομη. Εργάζεται καλύτερα όταν η εργασία είναι χωρισμένη σε μικρά μέρη και εφόσον γνωρίζει ότι με το τέλος της κάθε εργασίας θα έχει μία θετική ενίσχυση.

Έχει εξαιρετική μηχανική μνήμη και πολλές φορές δίνει την εντύπωση ότι η μνήμη του λειτουργεί όπως η βιντεοκάμερα. Για παράδειγμα, όταν έμαθε τους μήνες του χρόνου με τη σειρά, μπορούσε κάποιος να τον ρωτήσει ποιος μήνας είναι ο έκτος, όγδοος κ.λ.π. και απαντούσε προτού καλά καλά τελειώσει η πρόταση.

Εμμονές και Στερεοτυπίες

Στον Χάρη αρέσουν πολύ τα αντικείμενα που έχουν κίνηση ή κάνουν κάποιο θόρυβο (π.χ. η φωτοτυπική μηχανή την ώρα που δουλεύει, ο ανεμιστήρας κ.α.). Έχει διάφορες εμμονές οι οποίες δεν είναι σταθερές. Ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα κάποιες παραμερίζονται και εμφανίζονται άλλες. Για παράδειγμα, στην αρχή είχε εμμονή με το αριθμό 7. Ζητούσε συνεχώς από τους γύρω του να του γράφουν στο χέρι τον αριθμό 7 ή τον έγραφε ο ίδιος ξανά και ξανά στα τετράδιά του. Αν κάποιος προσπαθούσε να τον διακόψει, θύμωνε ή έκλαιγε. Με τον καιρό η εμμονή του με τον αριθμό 7 μετριάστηκε και απόκτησε εμμονή με την ημερομηνία. Δεν δεχόταν να γράψει άλλο άτομο την ημερομηνία στο τετράδιό του.

Ρουτίνα

Ο Χάρης δεν αντιδρά στις διαφοροποιήσεις του περιβάλλοντός του με αρνητικό τρόπο ούτε δείχνει να ασχολείται από οποιαδήποτε τροποποίηση γίνεται στο σχολικό πρόγραμμα (π.χ. έκτακτες συγκεντρώσεις). Ακολουθεί όμως μία άκαμπτη ρουτίνα σε διάφορες δραστηριότητες. Για παράδειγμα, πηγαίνει στην τάξη του από τον ίδιο δρόμο που ακολουθούσε και στην πρώτη τάξη, παρόλο που επανειλημμένως του εξηγήθηκε ότι υπάρχει συντομότερος δρόμος.

Συναισθηματική Κατάσταση

Η συναισθηματική του κατάσταση δεν είναι σταθερή. Αλλάζει διάθεση πολύ εύκολα, από ασήμαντες αιτίες. Είναι συνδεδεμένος με την οικογένειά του και ιδιαίτερα με τη μητέρα του. Ορισμένες φορές, όταν δεν γίνεται αυτό που θέλει, αναστατώνεται (κλαίει, φωνάζει, μιλά ψιθυριστά). Όταν δυσκολεύεται σε μία μαθησιακή δραστηριότητα, συχνά πετά τα βιβλία του στο πάτωμα ή αρχίζει να παρουσιάζει δυσκολία στην ροή της ομιλίας. Επιδεικνύει επίσης προβληματική συμπεριφορά όταν είναι κουρασμένος (π.χ. γελά, κρύβεται κάτω από το θρανίο).

Κοινωνικές Σχέσεις

Επιθυμεί την κοινωνική αλληλεπίδραση με τους συνομήλικούς του, αλλά φαίνεται να μην ξέρει πώς να το πετύχει. Δεν κατανοεί τις κοινωνικές καταστάσεις και κοινωνικές ατάκες και δεν ξέρει πώς να αντιδράσει σε αυτές. Επίσης, αδυνατεί να ξεκινήσει μία συζήτηση μαζί με τους συνομήλικούς του ή να τους ρωτήσει αν μπορεί να παίξει μαζί τους ή ακόμα να ζητήσει βοήθεια.

Δεν μοιράζεται τα ενδιαφέροντά του ή τα επιτεύγματά του με άλλα άτομα και δεν έχει την περιέργεια να μάθει τι λένε τα άλλα παιδιά. Επιπρόσθετα, η κοινωνική δικαιοσύνη που επιδεικνύει ο Χάρης είναι πολύ φτωχή. Για παράδειγμα, κάποιο παιδί τον χτύπησε κατά λάθος στις σκάλες και ο Χάρης ανταπέδωσε το χτύπημα στο πρώτο παιδί που βρήκε μπροστά του. Οι συμμαθητές του αντιλαμβάνονται το πρόβλημά του και δεν σχολιάζουν ούτε κοροϊδεύουν τις απαντήσεις που δίνει στη τάξη.

Επικοινωνία

Ο Χάρης έχει ασυνήθιστα πλούσιο λεξιλόγιο για την ηλικία του. Δεν γνωρίζει, όμως τη σημασία των λέξεων που πολλές φορές προφέρει. Δεν κατανοεί μεταφορές, αστεία και υπαινικτικά σχόλια. Επίσης, επιδεικνύει πολύ φτωχή ικανότητα στο να μνηθεί σε μία συζήτηση. Μπορεί να μιλά σε κάποιο άτομο, αλλά δεν συνομιλεί με αυτό, απλά απευθύνεται σε αυτό, χωρίς να τον ενδιαφέρει η απάντηση. Μπορεί να μιλά για παράδειγμα άσχετα και χωρίς νόημα ή ακόμα να μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο. Επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις που ειπώθηκαν από άλλα άτομα σε κάποια άλλη χρονική στιγμή σαν να συνέβησαν πριν από λίγο. Πολύ συχνά μονολογεί.

1.11 ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστά τα αίτια που προκαλούν το Σ.Α. και αποτελεί αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος επί σειρά δεκαετιών, όπως φυσικά και τις υπόλοιπες διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Πρόκειται για νευρολογική διαταραχή αβέβαιης νοσολογικής εγκυρότητας. Ωστόσο το Σ.Α. συναντάται σε παιδιά με προγεννητικά και περιγεννητικά προβλήματα (ανοξία κατά τη γέννηση) που ίσως προκαλούν βλάβες στα εγκεφαλικά κύτταρα (Baley, Philips, Rutter, 1996).

Παρά τη γενική παραδοχή ότι βιολογικοί / γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι τεχνικές απεικονίσεις του εγκεφάλου δεν έχουν δείξει κοινά χαρακτηριστικά ή συγκεκριμένες αλλοιώσεις / βλάβες στους εγκεφαλικούς ιστούς των αυτιστικών ατόμων. Ένας πολύ μικρός ο αριθμός δομικών ανωμαλιών του εγκεφάλου ίσως σχετίζεται με το Σ.Α. (αριστερή μακρογυρία: ύπαρξη ευμεγεθών εγκεφαλικών ελίκων, αμφοτερόπλευρη μικρογυρία: ατροφία εγκεφαλικών ελίκων ή βλάβες στον αριστερό κροταφικό λοβό) (Baley, Philips, Rutter, 1996) .

Επιστημονικά δεν μπορεί ακόμα να αιτιολογηθεί η εμφάνιση του Σ.Α. παρά μόνο σε επίπεδο ερευνητικών υποθέσεων:

1.11.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιστήμονες ερευνούν τα βιολογικά και κληρονομικά αίτια για να αιτιολογήσει το Σ.Α., επειδή η έναρξη της διαταραχής είναι πολύ πρόωμη. Φαίνεται όμως ότι δεν ευθύνεται μόνο ένα απλό γονίδιο αλλά απαιτείται η παρουσία και η σύμπτωση πολλών γονιδίων (Rickarby, Carruthers & Mitchell, 1991).

Η βιολογική θεώρηση του Σ.Α. (Prior, 1987), συνδέεται με την ιατρική εκτίμηση του προβλήματος, παρέχοντας πολλές καινούριες αντιλήψεις σχετικά με τα γονίδια, τα ένζυμα τα αντισώματα. Η βιολογική ενοχοποίηση του Σ.Α. είναι αρκετά αποσαφηνισμένη, αν και δεν μπορεί ακόμα να αναπαρασταθεί με συγκεκριμένα εργαλεία, που αποτυπώνουν δυσλειτουργίες και βλάβες στον εγκέφαλο, στο αίμα ή στον μεταβολισμό του ατόμου. Κατανοούμε ότι η παραδοχή της βιολογικής αιτιολογίας του προβλήματος των ατόμων με Σ.Α., απομακρύνει την ενοχοποίηση από το επίπεδο των γονέων σε ό,τι αφορά τη σωστή ή μη συμπεριφορά απέναντι στο παιδί (Baley, Philips, Rutter, 1996 · Coleman & Gilberg, 1986). Ωστόσο ο κληρονομικός παράγοντας παραμένει εν δυνάμει λειτουργική θέση και στάση

απέναντι στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και στις ατομικές διαφορές των συμπτωμάτων των ατόμων με Σ.Α. από άτομο σε άτομο.

Το Σ.Α. προσβάλλει περισσότερο τα αγόρια από τα κορίτσια. Οι έρευνες δείχνουν ότι αν μια οικογένεια έχει κορίτσι με Σ.Α. έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει και οποιοδήποτε μεταγενέστερο παιδί παρά αν έχει αγόρι με Σ.Α. Πάντως έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα παιδιά με Σ.Α. εμφανίζουν ένα εύθραυστο χρωμόσωμα, που έχει δηλαδή υποστεί ρήγμα κάτω από διάφορες περιστάσεις. Ίσως αυτό να δικαιολογηθεί και τη συχνότερη εμφάνιση του αυτισμού στα αγόρια παρά στα κορίτσια, επειδή αυτά έχουν ένα δεύτερο χρωμόσωμα X, που ίσως αναπληρώνει το ελαττωματικό και εύθραυστο χρωμόσωμα X (Bailey, Phillips, Rutter, 1996).

1.11.2 ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όταν γίνεται λόγος για οργανικά αίτια εννοούμε τους **τραυματισμούς** που μπορεί να πάθει το έμβρυο, κάποιες **ασθένειες** που μπορεί να είχε η μητέρα του ατόμου και τους βιοχημικούς παράγοντες.

Ο Kanner που μπορεί υποστήριξε ότι η αιτιολογία αυτής της διαταραχής είναι οργανική. Επειδή όμως οι μελέτες έγιναν σε παιδιά που ανήκουν σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις, σε μπορούσαν να συνεκτιμηθούν και διάφορα άλλα χαρακτηριστικά των γονέων που μπορεί να έπαιξαν ρόλο στην πρόκληση αυτής της διαταραχής. Οι περιγραφές οδηγούσαν σε διαφορετικές ερμηνείες της προέλευσης του Σ.Α., άλλοτε υπήρχε ψυχική και άλλοτε γενετική εκδοχή. Οι σύγχρονες μελέτες που έχουν γίνει σε οικογένειες παιδιών με Σ.Α. οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα για το ότι το Σ.Α. έχει γενετική προέλευση κατά κύριο λόγο (Bailey, Phillips, Rutter, 1996 · Lord et al. 2000).

1.11.2.1 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ & ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Έχει πολλαπλώς επισημανθεί ότι το Σ.Α. μπορεί να οφείλεται σε βλάβη στις συνδέσεις του εγκεφάλου, δηλαδή σε ελαττωματική λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, εξαιτίας προ-, περι-, και μετα- γεννητικών επιπλοκών με σοβαρές επιπτώσεις. Προγεννητικές επιπλοκές θεωρούνται οι ασθένειες που μπορεί

να έχει η μητέρα, π.χ. λοιμώξεις (ερυθρά) κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της και επιπλοκές λόγω της λήψης επικίνδυνων φαρμάκων. Επίσης, οι αιμορραγίες στη μήτρα κατά τον 4^ο - 8^ο μήνα της εγκυμοσύνης, στον πλακούντα και στον ομφάλιο λώρο. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν από έρευνες που έγιναν και στους δύο γονείς. Σύμφωνα με έρευνες, έχει βρεθεί ότι οι γονείς των αυτιστικών παιδιών σε σύγκριση με γονείς νοητικά υστερούντων παιδιών έχουν εκτεθεί σε μεγαλύτερο ποσοστό σε χημικές ουσίες ή είναι οι ίδιοι χημικοί. Επίσης, << αναφέρονται μεγαλύτερα ποσοστά υπερθυροειδισμού στους γονείς αυτιστικών παιδιών σε σχέση με γονείς φυσιολογικών και μεγάλη συχνότητα αποβολών και στειρότητας στα οικογενειακά ιστορικά των μητέρων >> (Manjiviona & Prior, 1999).

Όσο αφορά την περιγεννητική περίοδο, δηλαδή τη στιγμή που γεννιέται το μωρό, Σ.Α. μπορεί να προκαλέσουν οι κακώσεις στον εγκέφαλο και ασφυξία. Πρέπει να τονιστεί ότι αυτά τα αίτια από μόνα τους δεν προκαλούν το Σ.Α., εκτός κι αν συνδυαστούν με βιολογικούς παράγοντες (Manjiviona & Prior, 1999).

1.11.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Μελέτες ατόμων με Σ.Α. έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν ελλείμματα ευρέως φάσματος σε πολλούς τομείς και επομένως δηλώνεται ότι υπάρχει εκτεταμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία, από την άλλη πλευρά φαίνεται ότι ορισμένα σημεία του εγκεφάλου παραμένουν ανέπαφα (Manjiviona & Prior, 1999). Οι νευρολογικές μελέτες έχουν επίσης αποδείξει ότι τα άτομα με Σ.Α. έχουν ιδιαίτερη δυσκολία να επεξεργάζονται κοινωνικές πληροφορίες σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο είδος πληροφορίας (Damasio & Maurer, 1978).

Από όλες τις μελέτες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το Σ.Α. πρέπει να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών διαφορετικών γονιδίων (Bailey, Phillips, Rutter, 1996 · Prior, 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Διάγνωση του Συνδρόμου Asperger

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Οι ταμπέλες δεν αρέσουν σε κανέναν. Μεταξύ των διαταραχών του φάσματος η διάγνωση είναι αρκετά δύσκολη και απαιτεί καλή κλινική εμπειρία. Είναι γνωστό ότι ακόμα και δύο παιδιά με Σ.Α. παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά, οπότε θα πρέπει να πραγματοποιηθεί λεπτομερειακή εκτίμηση των χαρακτηριστικών.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της διάγνωσης είναι:

- Να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τα προβλήματα
- Να παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες σε θεραπευτές, δασκάλους, γονείς και άλλους, που αφορούν την κατάσταση του παιδιού και σχετικές συνέπειες από αυτήν.
- Να προτείνει τρόπους αποτελεσματικού χειρισμού και εκπαιδευτικές στρατηγικές.

Η διάγνωση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών δεν πραγματοποιείται με εξετάσεις, οι οποίες σε κάποια άλλη διαταραχή είναι απαραίτητες. Η διάγνωση απαιτεί άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς, καθώς και ένα εκτενές αναπτυξιακό ιστορικό από την παιδική ηλικία. Η έγκυρη διάγνωση, βασίζεται στο αναπτυξιακό ιστορικό, στην καλή παρατήρηση και αξιολόγηση του παιδιού καθώς και του πλαισίου διαβίωσης.

Όπως έχει προαναφερθεί, το Σ.Α. μέχρι τη δεκαετία του 1990 δεν συμπεριλαμβανόταν ούτε στο ICD ούτε στο DSM, ενώ υπάρχει ακόμα σύγχυση για τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου. Για παράδειγμα, εν ένα παιδί πληρεί και τα κριτήρια για αυτισμό, το DSM – IV αποκλείει τη διάγνωση για Σ.Α., ενώ στο ICD – 10 τα κριτήρια είναι διαφορούμενα (APA, 1994 · WHO, 1992).

2.1.1 Το DSM – IV (Εγχειρίδιο Διαγνωστικής και Στατιστικής της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας) εντοπίζει τις διαταραχές σε τρεις ευρείες περιοχές:

- την κοινωνική αλληλεπίδραση.
- την επικοινωνία.
- τα στερεότυπα πρότυπα της συμπεριφοράς ή των ειδικών ενδιαφερόντων.

Σημαντικά θεωρούνται τα δώδεκα κριτήρια για τις τρεις αυτές περιοχές. Ένα άτομο με αυτισμό πρέπει να παρουσιάζει έξι από τα δώδεκα κριτήρια, εκ των οποίων τα δύο τουλάχιστον πρέπει να υποδουλώνουν διαταραχή ή έλλειμμα στη κοινωνική αλληλεπίδραση ενώ πρέπει να υπάρχει και από ένα τουλάχιστον κριτήριο των περιοχών της επικοινωνίας και των στερεότυπων προτύπων της συμπεριφοράς.

- έκδηλη μειονεξία στη χρήση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών,
- αποτυχία ανάπτυξης κατάλληλων για την ηλικία σχέσεων με συνομήλικους,
- απουσία αυθόρμητης αναζήτησης άλλων με σκοπό την αλληλεπίδραση και το μοίρασμα των ενδιαφερόντων,
- απουσία ή σημαντικό έλλειμμα κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Τα πέντε κριτήρια για την επικοινωνία περιλαμβάνουν:

- καθυστέρηση ή απουσία ανάπτυξης προφορικού λόγου, χωρίς αναπλήρωση μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας,
- έκδηλη μειονεξία στις δεξιότητες της συζήτησης,
- στερεότυπη και επαναλαμβανόμενη χρήση του λόγου,
- απουσία κατάλληλου, ανάλογου για την ηλικία, παιχνιδιού πλούσιου σε στοιχεία προσποίησης και κοινωνικής μίμησης.

Τα τέσσερα κριτήρια που αφορούν τα στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς ή ειδικών ενδιαφερόντων περιλαμβάνουν:

- την έντονη ενασχόληση με τουλάχιστον ένα στερεότυπο και περιορισμένο πρότυπο ενδιαφερόντων σε μη φυσιολογικό βαθμό,
- τη δύσκαμπτη προσκόλληση σε μη λειτουργικές ρουτίνες ή λειτουργίες,
- την έντονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων.

Εκτός από τα έξι κριτήρια θα πρέπει να παρουσιάζει το άτομο καθυστέρηση ή διαταραχή είτε στην κοινωνική αλληλεπίδραση είτε στην επικοινωνία είτε στο δημιουργικό, συμβολικό παιχνίδι.

Η έναρξη ή ο εντοπισμός των συμπτωμάτων τοποθετείται πριν από την ηλικία των τριών χρόνων.

Με την διάγνωση έχουμε μία σημαντική περιγραφή του συνδρόμου, όμως για πληρέστερη αξιολόγηση του ατόμου, κυρίως σε επίπεδο αντιληπτό, γνωστικό, γνωστικό, μνήμης, αισθητηριακό, ιδιαίτερων ικανοτήτων και συναισθηματικό απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση (APA, 1994) .

2.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι όσο νωρίτερα πραγματοποιηθεί μια έγκυρη διάγνωση, τόσο περισσότερο θα ωφεληθεί και το παιδί, αλλά και η οικογένεια και το περιβάλλον του. Κι αυτό γιατί μόνο εάν γνωρίζουμε μια αληθινή φύση του προβλήματος μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης. Είναι σημαντικό για τη οικογένεια να λάβει από νωρίς υποστήριξη από κάποιον ειδικό, για να μειώσει το ενδοοικογενειακό άγχος, αλλά και να μειώσει την πιθανότητα εδραίωσης της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού. Εάν εδραιωθεί μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί καθώς το παιδί μεγαλώνει (Howlin & Moore, 1997).

Η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση γίνεται ολοένα και πιο επείγουσα. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η εντατική πρόωρη παρέμβαση στα εκπαιδευτικά πλαίσια έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση των επιδόσεων στα περισσότερα μικρά παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Έχει παρατηρηθεί βελτίωση της τάξεως του 75% στο λόγο, αλλά και άλλες σημαντικές βελτιώσεις στην αναπτυξιακή πρόοδο και τη γνωστική ικανότητα (King & Volkmar, 1995).

Επιπλέον, η έγκαιρη διάγνωση μας επιτρέπει την παροχή οικογενειακής υποστήριξης, την μείωση του οικογενειακού άγχους και την κατάλληλη παροχή ιατρικής φροντίδας για το παιδί, εάν χρειαστεί κάτι. Παράλληλα, ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται η διάγνωση στους γονείς, ασκεί σημαντική επίδραση στην αποδοχή της κατάστασης, στις μακροπρόθεσμες στάσεις τους και στο γενικότερο τρόπο που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα (Klin et al, 1997).

Η έγκαιρη διάγνωση είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση της διαθεσιμότητας γενετικής συμβουλευτικής σε γονείς που σκέφτονται να κάνουν ή ήδη έχουν κάνει άλλα παιδιά. Υπάρχει ένας αυξανόμενος κίνδυνος για τον ευρύτερο φαινότυπο των αμφιθαλών αδελφών των παιδιών με διαταραχή του αυτιστικού

φάσματος. Τα αμφιθαλή αδέρφια μπορεί να επηρεαστούν λιγότερο σε σχέση με τον / την αδελφό / ή αυτισμό, αλλά να έχουν σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση ή την επικοινωνία, κάτι που μπορεί να ελεγχθεί με την πρόωμη παρέμβαση.

Το ποσοστό ατόμων με Σ.Α. αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Οι διαταραχές που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα, σε πολλές περιπτώσεις, είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Για αυτούς τους λόγους, κρίνεται αναγκαίο να υιοθετήσουμε μια μέθοδο έγκαιρης διάγνωσης. Εφόσον είναι αδύνατο να ελεγχθούν όλα τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, το πρώτο βήμα θα είναι η χρήση απλών εργαλείων εντοπισμού που θα αναγνωρίζουν τα παιδιά εκείνα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου (Howlin & Moore, 1997).

2.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Κάποιοι ερευνητές ανέπτυξαν ένα χρήσιμο εργαλείο εντοπισμού το οποίο μπορεί να προβλέψει αρκετά έγκυρα τα παιδιά που είναι πιθανόν να εμφανίσουν κάποια διαταραχή αυτιστικού φάσματος (Klin, 2006, Mike, 2007, NAS, 2002).

Συγκεκριμένα:

2.3.1 To Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) αξιολογεί τη βλεμματική παρακολούθηση ενός ενηλίκου, το συμβολικό παιχνίδι και το προδηλωτικό δείξιμο του βρέφους. Η έλλειψη αυτών συνδέεται άμεσα με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Tidmarsh & Volkmar, 2003).

2.3.2. To Pervasive Developmental Disorder Screening Test – Stage 1 κατατάσσει θετικά και αρνητικά συμπτώματα και περιλαμβάνει κάποιες ερωτήσεις που αφορούν την παλινδρόμηση. Είναι ένα ερωτηματολόγιο για γονείς, χωρισμένο σε τρία μέρη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε δομές προσχολικής αγωγής, αφού οι ερωτήσεις του αφορούν πληροφορίες από τη γέννηση ως τον 36^ο μήνα. Οι αναφορές των γονέων για τις στερεοτυπικές συμπεριφορές είναι μάλλον πιο έγκυρες από ότι είναι μόνη της παρατήρηση, γιατί οι γονείς έχουν παρατηρήσει το παιδί σε διαφορετικά πλαίσια και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Siegel, 1996).

2.3.3. Το Australian Scale for Asperger's Syndrome είναι μία κλίμακα γονέων και δασκάλων για παιδιά υψηλής λειτουργικότητας μεγαλύτερης ηλικίας που δε διαγνώστηκαν κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια. Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 έως το 6 και ένα ερωτηματολόγιο με 10 ερωτήσεις χαρακτηριστικών συμπεριφοράς που αξιολογούνται με <<NAI>> ή <<OXI>>. Αν η πλειοψηφία των απαντήσεων είναι μεταξύ του 2 και του 6 και <<NAI>>, τότε προτείνεται ένα άλλο, πιο ειδικό διαγνωστικό εργαλείο (Waterhouse, Morris, Allen, Dunn, Fein, Feinstein, Rapin, Wing, 1996).

Έχει γίνει σημαντική προσπάθεια για τη μείωση της ηλικίας που μπορούμε να αναγνωρίσουμε οποιαδήποτε διαταραχή που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα. Έχουν εντοπιστεί συγκεκριμένες συμπεριφορές που ξεχωρίζουν στα βρέφη με αυτισμό μέσω βιντεοσκοπήσεων στο σπίτι. Οι τέσσερις συμπεριφορές που προσδιορίζουν σωστά πάνω από το 90% των κανονικών και των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, ήταν:

- Βλεμματική επαφή
- Ο προσανατολισμός στο όνομά του
- Το δείξιμο (pointing)
- Showing

2.4 ΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Υπάρχουν διάφορα διαγνωστικά εργαλεία και τεστ που χρησιμοποιούνται για παιδιά που μπορεί να έχουν διαταραχές αυτιστικού φάσματος, τα οποία εντοπίζουν τις ιδιαίτερες αναπτυξιακές, γνωστικές, γλωσσικές ικανότητες και τις ικανότητες παιχνιδιού.

2.4.1 Το Denver II (παλιότερα λεγόταν Denver Developmental Screening: Test Revised Frankenburg et al, 1992) χρησιμοποιείται παραδοσιακά για την αναπτυξιακή εξέταση παιδιών μέχρι την ηλικία των 6 ετών. Όμως παρόλο που είναι εύκολο στη χορήγηση και τη βαθμολόγηση, η εγκυρότητά του δεν έχει μελετηθεί.

2.4.2 Το Revised Denver Pre – Screening Developmental Questionnaire (R – DPDQ: Frankenburg, 1998) σχεδιάστηκε για να εντοπίζει

παιδιά που χρειάζονται περαιτέρω εξέταση. Εφόσον στηρίζεται στην αρχική μορφή του Denver Developmental Screening Test, στερείται και αυτό <<ευαισθησία>>.

2.4.3 Το Autism Screening Questionnaire (ASQ) είναι μια προσπάθεια ενός αξιόπιστου και έγκυρου διαγνωστικού εργαλείου σύμφωνα με τα τελευταία διαγνωστικά κριτήρια για τον αυτισμό. Βασίζεται στην αναθεωρημένη έκδοση του ADI algorithm που χρησιμοποιείται από το ICD – 10 και από το DSM – IV (έχουν αναλυθεί παραπάνω). Σχεδιασμένο από τους Rutter και Lord (2000), χρησιμοποιείται για όλες τις ηλικιακές ομάδες, συμπληρώνεται από αυτούς που φροντίζουν το παιδί που μπορεί να έχει διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Το ASQ αποτελείται από 40 ερωτήσεις, που βασίζονται στο ADI – R, αλλά έχουν τροποποιηθεί ώστε να είναι κατανοητές από τους γονείς χωρίς επιπλέον επεξηγήσεις. Διατίθεται σε δύο εκδόσεις, μια για παιδιά κάτω των 6 ετών και μια άλλη για παιδιά άνω των 6 ετών. Το ASQ αποδείχθηκε αποτελεσματικό διαγνωστικό εργαλείο για παιδιά από 4 ετών και άνω. Φυσικά, όπως κάθε ερωτηματολόγιο, δεν μπορεί να παρέχει από μόνο του τη διάγνωση.

2.5 ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

2.5.1 Το Ages and Stages Questionnaire, δεύτερη έκδοση, ASQ. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί τις αναφορές των γονιών για παιδιά ως την ηλικία των 3 ετών. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι ανησυχίες των γονιών για την ανάπτυξη των παιδιών τους είναι συνήθως σωστές. Υπάρχουν εκδόσεις και για άλλες ηλικιακές ομάδες. Παρόλο που είναι καλά σταθμισμένο και έγκυρο, είναι σύντομο και για αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο ως προ – διαγνωστικό εργαλείο (Goble, 1995).

2.5.2 Το Bregance Screens περιλαμβάνει 7 διαφορετικές φόρμες ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Είναι διαθέσιμο στα αγγλικά και στα ισπανικά, χρειάζεται 10 λεπτά για να χορηγηθεί. Εστιάζει σε σημαντικές αναπτυξιακές δεξιότητες και σε προσχολικές ικανότητες που περιλαμβάνουν το λόγο και τη γλώσσα, τη λεπτή και την πλατιά κίνηση και τη γραφοκινητική ανάπτυξη. Στις μικρότερες ηλικίες ελετάζει

γενικές γνώσεις, ενώ στις μεγαλύτερες αναγνωστικές και μαθηματικές ικανότητες (Bregance, 1986).

2.5.3 To Child Developmental Inventories περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές μετρήσεις που καλύπτουν την ηλικία από τη γέννηση έως τον 72^ο μήνα. Έχει εξαιρετική ευαισθησία. Οι δοκιμασίες μπορούν να γίνουν κατευθείαν στα παιδιά, εάν οι γονείς δε γνωρίζουν καλά αγγλικά (Lord et al., 2000).

2.5.4 To Parent's Evaluation of Developmental (PEDS) βοηθά τους ειδικούς να εκμαιεύσουν και να ερμηνεύσουν τις ανησυχίες των γονέων. Προσδιορίζει κατά προσέγγιση την ύπαρξη καθυστερήσεων και δυσλειτουργιών και παρέχει στους ειδικούς στοιχεία για να πάρουν την απόφασή τους και να συμβουλέψουν τους γονείς. Οι γονείς πρέπει να απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις στα αγγλικά και στα ισπανικά, ενώ ο ειδικός μπορεί να το βαθμολογήσει και να το ερμηνεύσει σε 2 λεπτά. Το PEDS είναι έγκυρο και σταθμισμένο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς είναι συνήθως ακριβείς, σωστοί σε αυτά που λένε (Myles & Simpson, 1999).

2.5.5 Η κλίμακα Bayley scales II αποτελεί μία επανέκδοση της κλασσικής Bayley scales για τη βρεφική ανάπτυξη για παιδιά ηλικίας από 1 – 42 μηνών. Σε κλινικούς χώρους, η κλίμακα χρησιμοποιείται για να αναγνωρίσει παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση ή παιδιά υψηλού κινδύνου. Μπορεί να χορηγηθεί σε μια ή δύο ενότητες και χρειάζονται 45 με 60 λεπτά για να συμπληρωθεί. Οι τρεις κλίμακες που χρησιμοποιεί είναι:

- Γνωστική: Περιλαμβάνει εκτίμηση αισθητηριακών και αντιληπτικών ικανοτήτων, μνήμης, επίλυσης προβλημάτων, εκφοράς λόγου και επικοινωνιακών δεξιοτήτων.
- Κίνησης: Περιλαμβάνει εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του σώματος και της λεπτής κινητικότητας.
- Συμπεριφοράς: Περιλαμβάνει μέτρηση της προσοχής και της διέγερσης, προσανατολισμού και συναισθηματικού ελέγχου (Bayley, 1993).

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Υπάρχουν δύο βασικές μέθοδοι για τη διάγνωση:

2.6.1 Η πρώτη είναι η **Συστηματική Συλλογή Δεδομένων** και στη συνέχεια, η επιλογή μέρους αυτών για τη διάγνωση και τις προτάσεις για την βελτίωση ικανοτήτων. Αυτή είναι η προσέγγιση που υιοθέτησε η Lorna Wing (1996) και οι συνεργάτες της στο National Autistic Society's Centre. Χρησιμοποίησαν αυτήν την προσέγγιση – **the Handicaps and Behaviour Schedule (HBS)** – από το τέλος της δεκαετίας του 1970 (Wing, 1996). Καλύπτει πολλές συμπεριφορές από την παιδική ηλικία και μετά. Το HBS έχει πλέον εξελιχθεί στο **Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)**, το οποίο έχει αξιολογηθεί στη Μ. Βρετανία και τη Σουηδία, και σύντομα θα είναι διαθέσιμο σε όσους παρακολουθήσουν την απαιτούμενη εκπαίδευση. Οι αλγόριθμοι του DISCO έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί για να συγκρίνουν τα κριτήρια του ICD – 10 για το Σ.Α. με αυτά που προτάθηκαν από τον Gillberg (1996).

Το **Autistic Diagnostic Interview – Revised (ADI – R)** υιοθετεί μία παρόμοια προσέγγιση αλλά συνδέεται περισσότερο με τη διάγνωση τυπικού αυτισμού για ερευνητικούς σκοπούς. Πραγματοποιείται με το πρόσωπο που κυρίως φροντίζει το άτομο, και έχει ως στόχο να καταγράψει περιγραφές εκείνων των συμπεριφορών που είναι αναγκαίες για τη διαφορική διάγνωση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών της Ανάπτυξης και κυρίως, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τη διάγνωση του αυτισμού. Εστιάζεται πρωταρχικά στα κύρια διαγνωστικά χαρακτηριστικά όπως αυτά καθορίζονται από τα διαγνωστικά κριτήρια ICD – 10 και το DSM – IV, δηλαδή σε εκείνα που σχετίζονται με αναπτυξιακή καθυστέρηση και αποκλίσεις στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, τη γλώσσα, την επικοινωνία και το παιχνίδι και τις περιορισμένες, επαναληπτικές και στερεότυπες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα (de Bildt, Sytema, Ketelaars, Kraijer et al, p. 129 -137. 2004)

2.6.2 Η άλλη μέθοδος είναι να λάβουμε υπόψη μας τα **Κοινά Γνωρίσματα της Αυτιστικής Συμπεριφοράς** και να κρίνουμε αν ένα άτομο ανήκει ή όχι στο αυτιστικό φάσμα. Αυτή η πιο μηχανική προσέγγιση ενισχύεται και από διάφορα ερωτηματολόγια όπως το **Gilliam Autism Scale** (Gilliam, 1998). Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ώστε να μπορεί να συμπληρωθεί από γονείς, καθηγητές

και επαγγελματίες. Βοηθά στην ανάγνωση και εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του αυτισμού μεταξύ 3 και 22 ετών. Βασίζεται στο DSM – IV και κατηγοριοποιεί τις ερωτήσεις σε τέσσερα θέματα – στερεότυπη συμπεριφορά, επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση και ένα οπτικό τεστ το οποίο περιγράφει την ανάπτυξη στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής.

Λόγω των απαιτήσεων των πολυάσχολων ειδικών, έγιναν προσπάθειες για την ανάπτυξη εργαλείων που θα εντοπίζουν τον αυτισμό πιο γρήγορα από ότι τα διαγνωστικά εργαλεία που περιγράφηκαν. Αυτά περιλαμβάνουν:

2.6.3 To Childhood Autism Rating Scale (Schopler, Reichler & Renner, 1998). Η κλίμακα αυτή είναι μια δομημένη συνέντευξη και παρατήρηση 15 τομέων ανάπτυξης και είναι κατάλληλη για παιδιά άνω των 15 μηνών. Για κάθε τομέα χρησιμοποιούμε μία επταβάθμια κλίμακα για να κρίνουμε κατά πόσο διαφέρει η συμπεριφορά του παιδιού από την κατάλληλη για την ηλικία συμπεριφορά. Χρειάζονται 30 – 45 λεπτά για να συμπληρωθεί και θεωρείται ευρέως αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο.

2.6.4 To Parent' s Interview for Autism (Stone & Hogan, 1993) είναι μια δομημένη συνέντευξη με 118 ερωτήσεις, χωρισμένες σε 11 θέματα που αξιολογούν διάφορες κοινωνικές συμπεριφορές, επικοινωνιακές λειτουργίες, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και αισθητηριακές συμπεριφορές. Σχεδιάστηκε για να συγκεντρώσει διαγνωστικές πληροφορίες από τους γονείς παιδιών που μπορεί να έχουν αυτισμό και συμπληρώνεται σε περίπου 45 λεπτά. Είναι αξιόπιστο και έγκυρο.

2.6.5 To Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) εξελίχθηκε σε μια περαιτέρω μορφή, το Pre – Linguistic ADOS (Lord & Rutter, 1995) αλλά τώρα χρησιμοποιείται σε μια πιο γενική μορφή την ADOS – G (Lord et al, 2000). Προσπαθεί μέσα από μια σειρά δομημένων δραστηριοτήτων να αξιολογήσει την κοινωνική και επικοινωνιακή λειτουργικότητα του παιδιού. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν κατασκευές και αλληλεπιδραστικές δοκιμασίες, μίμηση, την ικανότητα εξιστόρησης και συνομιλίας, φανταστικό παιχνίδι. Το ADOS – G συμπληρώνεται σε 20 – 40 λεπτά αλλά παρέχει περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με την άτυπη παρατήρηση. Όπως το ADOS – R, το ADOS – G χρησιμοποιείται

ευρέως στα πρωτόκολλα παρατήρησης του αυτισμού (de Bildt, Sytema, Ketelaars, Kraijer et al, p. 129 – 137, 2004 · Bolte & Poustka, 2004).

2.6 6 Σύμφωνα με την **Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση** (APA, 1994, σελ. 77), τα διαγνωστικά κριτήρια για το Σ.Α. είναι:

- Ποιοτικά ελλείμματα στην αμοιβαία κοινωνική επαφή.
- Απουσία κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας
- Δυσκολία στη σύναψη φίλων με συνομήλικους.
- Επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές μορφές συμπεριφορές.
- Περιορισμένο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων.
- Απουσία κλινικά σημαντικής καθυστέρησης στο λόγο.
- Φυσιολογική για την ηλικία γνωστική ανάπτυξη, αυτοεξυπηρέτηση και περιέργεια εξερεύνηση.
- Πρακτική αδεξιότητα.

2.7 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η διάγνωση πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα (παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο και λογοπεδικό) και πρέπει να περιλαμβάνει πλήρες ιατρικό της κύησης, του τοκετού και της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού. Το οικογενειακό ιστορικό είναι απαραίτητο και μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη νευροαναπτυξιακών διαταραχών σε άλλα μέλη της οικογένειας. Η διερεύνηση της συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας του παιδιού πρέπει να γίνει τόσο κατά τον παρόντα χρόνο της εκτίμησης όσο και αναδρομικά, καθώς οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος αποτελούν εξελικτικού τύπου διαταραχές και συμπτωματολογία προηγούμενων περιόδων είναι εμφανής αργότερα. Η επικοινωνία με το σχολικό πλαίσιο μπορεί να αποκαλύψει δυσκολίες αλλά δυνατότητες του παιδιού που δε διαφαίνονται στην καθημερινή ζωή. Παράλληλα είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψιν προηγούμενες διαγνωστικές εκτιμήσεις ή/ και θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να προσαφηνίσουν διαγνωστικά ερωτήματα ή να επηρεάσουν τις θεραπευτικές προτάσεις. Η παιδοψυχιατρική εκτίμηση των παιδιών ή εφήβων με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία, την ανάπτυξη του λόγου, το νοητικό δυναμικό και τη γενικότερη βαρύτητα της συμπτωματολογίας (Wolff, 1991).

Απώτερος σκοπός της διάγνωσης και της αξιολόγησης είναι, αφενός να γίνει μια σφαιρική και ολοκληρωμένη καταγραφή των δυνατοτήτων και των δυσκολιών του παιδιού, και αφετέρου να εξασφαλιστεί ο σχεδιασμός του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού και θεραπευτικού προγράμματος που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του (Tidmarsh & Volkmar, 2003).

Αναλυτικότερα, η διάγνωση μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε την κατάσταση. Σε ένα πρώτο στάδιο, επιβεβαιώνουμε την ύπαρξη του προβλήματος και καθορίζουμε το βαθμό του. Επιπρόσθετα, η διάγνωση και η αξιολόγηση μας παρέχουν πληροφορίες για το αναπτυξιακό, νοητικό και ψυχολογικό προφίλ του παιδιού, συντελώντας με αυτό τον τρόπο στο σχεδιασμό ενός κατάλληλου, εξατομικευμένου προγράμματος ειδικής εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών (εκτίμηση νοημοσύνης, οπτικο – κινητικού συντονισμού, αδρής και λεπτής κινητικότητας), αξιολόγηση των επικοινωνιακών ικανοτήτων του παιδιού (με έμφαση στο περιεχόμενο των συζητήσεων του, στη μη – λεκτική επικοινωνία και στην ικανότητα κατανόησης του μεταφορικού λόγου), ψυχιατρική εξέταση για πιθανά συνοδά προβλήματα (εμμονές, υπερκινητικότητα, κατάθλιψη κ.α.) (Baker, 1999). Οι ειδικοί επομένως που θα αξιολογήσουν το παιδί θα έχουν διαφορετική προέλευση, αλλά ωστόσο θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι στη διαταραχή. Ο Παιδαγωγός, λ.χ., θα εστιάσει κυρίως σε δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στις δεξιότητες προσαρμογής. Ο Λογοπεδικός για τα μικρότερα παιδιά θα αναζητήσει το επίπεδο και τα μέσα κατανόησης και την κατάκτηση ή μη των βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή έγκειται κυρίως στην καταγραφή των πιθανών αισθητηριακών δυσλειτουργιών που παρουσιάζει, ώστε να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Φυσικά θα αξιολογήσει και άλλες πιθανές δυσκολίες στη λεπτή και αδρή κινητικότητα, στην κατάκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων, αλλά και δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Η έγκυρη διάγνωση δίνει τη δυνατότητα να παρέχουν οι ειδικοί σωστή, σαφή, κατανοητή ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική υποστήριξη στην οικογένεια. Η αξιολόγηση που βασίζεται στις κλίμακες και δοκιμασίες πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή, μόνο από έμπειρους επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων. Εφόσον οριστικοποιηθεί η διάγνωση, οι επαγγελματίες την κάνουν γνωστή στους γονείς, προσφέροντας ταυτόχρονα μια σαφή εικόνα αυτού που συμβαίνει στο παιδί και του τι θα ακολουθήσει. Οι γονείς θα πρέπει να έχουν μια σωστή, έγκυρη, συμβουλευτική υποστήριξη και σαφή καθοδήγηση (Klin et al, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Σύνδρομο Asperger

3.1 ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Όπως έχει προαναφερθεί, το Σ.Α. παραπέμπει σε δυσκολίες που αφορούν την επικοινωνία, τις κοινωνικές σχέσεις και τα ενδιαφέροντα. Επομένως, ένα από τα πιο εμφανή συμπτώματα των ατόμων με Σ.Α. είναι η αδυναμία τους για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων, την ένταξή τους σε μια κοινωνική ομάδα ή όταν έχουν ανάγκη να εργαστούν από κοινού σε μια ομάδα. Υπάρχουν επομένως, σοβαρά ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Σ.Α.. Πιο συγκεκριμένα μερικές από τις συμπεριφορές στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι:

- ✘ Συμπεριφέρονται σαν να μην υπάρχουν οι άλλοι άνθρωποι.
 - ✘ Πολλές φορές δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα.
 - ✘ Τα πρόσωπά τους πολλές φορές είναι ανέκφραστα, εκτός και αν βιώσουν έντονα κατάσταση.
 - ✘ Δεν τους αρέσει τα αγγίζουν.
 - ✘ Ίσως περπατούν προσπερνώντας σας δίχως στάσεις στην πορεία τους.
 - ✘ Αν δεν μπορούν να πιάσουν κάτι που δεν φτάνουν, αρπάζουν τον διπλανό τους και με βίαιο τρόπο τον υποδεικνύουν τι πρέπει να κάνει.
 - ✘ Δεν αποκαλύπτουν τον πόνο τους.
 - ✘ Φαίνονται απομονωμένα, σαν να ζούνε σε έναν δικό τους κόσμο, απορροφημένα τελείως στις δικές τους, πολλές φορές, άσκοπες δραστηριότητες (Goble, 1995).
- Ο λιγότερο συχνός τύπος ελλειμματικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι η <<παθητική ομάδα>>, σύμφωνα με την οποία τα παιδιά:
- Δεν είναι τελείως απομονωμένα από άλλους ανθρώπους.
 - Δέχονται κοινωνικές προσεγγίσεις.
 - Δεν απομακρύνονται από άλλους ανθρώπους, αλλά και δεν κάνουν έναρξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
 - Ίσως έχουν φτωχή βλεμματική επαφή, αλλά ίσως, να συναντούν τη ματιά του άλλου, όταν τους υπενθυμίζεται.
 - Είναι πρόθυμα και δεκτικά να κάνουν ότι τους πούνε.
 - Αφήνουν άλλα παιδιά να τα συμπεριλάβουν στο παιχνίδι (Goble, 1995).

Ο τύπος που συνηθέστερα θα γίνει αντιληπτός στο τυπικό σχολείο είναι η <<ενεργά ιδιόρρυθμη κοινωνική ομάδα>>, όπου τα παιδιά:

- Κάνουν κοινωνικές προσεγγίσεις σε άλλους ανθρώπους – συνήθως σε Ενήλικες παρά σε παιδιά – όμως, αυτό γίνεται με ένα παράξενο μονόπλευρο τρόπο, ώστε να απαιτούν ή να δρουν για τα δικά τους ενδιαφέροντα.
- Δεν δίνουν καμία σημασία στα αισθήματα οι τις ανάγκες των ανθρώπων που μιλούν, μπορεί να έχουν φτωχή βλεμματική επαφή: όχι με αποφυγή αλλά με προβλήματα στη διάρκεια, ή ίσως να κοιτούν επίμονα.
- Οι προσεγγίσεις μπορεί να περιλαμβάνουν σωματικό κράτημα ή αγκάλιασμα του άλλου ανθρώπου, συνήθως σφιχτά.
- Μπορεί να γίνουν δύσκολα και επιθετικά αν δεν τους δοθεί η προσοχή που απαιτούν.
- Ίσως αγνοούν παιδιά της ηλικίας τους ή συμπεριφέρονται επιθετικά απέναντί τους (Frith, 1991).

Ο τελευταίος τύπος συμπεριφοράς απαντάται αργότερα στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Αναπτύσσεται σε αυτούς που είναι πιο ικανοί και έχουν καλύτερο επίπεδο γλώσσας. Πρόκειται για την <<Υπερβολικά τυπική, δύσκαμπτη ομάδα>>, όπου τα άτομα:

- Είναι υπερβολικά τυπικά στη συμπεριφορά τους.
- Προσπαθούν πολύ σκληρά να φερθούν ευγενικά και να αντιμετωπίσουν, τις καταστάσεις, προσκολλούμενα έντονα στους κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
- Δεν κατανοούν πραγματικά αυτούς τους κανόνες και αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στις λεπτές διακρίσεις της συμπεριφοράς που αναμένεται σε διαφορετικές καταστάσεις και αλλαγές που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου.
- Παρουσιάζουν έλλειψη κατανόησης των σκέψεων και συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων (Frith, 1991).

Η παραπάνω ομαδοποίηση είναι σαφώς μια σχηματοποίηση και στην πραγματικότητα αυτό που συμβαίνει είναι τα παιδιά να παρουσιάζουν συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων, έτσι ώστε να μπορούμε να πούμε λ.χ. ότι το παιδί ανήκει **περισσότερο** σε μία ομάδα από ότι σε μία άλλη. Επιπλέον, κατά την εξέλιξή τους τα παιδιά μπορεί να αλλάζουν ομάδα (Faherty, 1999).

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ

Τα άτομα που εμφανίζουν Σ.Α., έχουν διάθεση για επικοινωνία σε αντίθεση με τον αυτισμό, όπου τα άτομα αποσύρονται από τους άλλους. Ειδικότερα, πλησιάζουν τους άλλους απλά η συμπεριφορά τους είναι μπορεί να χαρακτηριστεί ως <<παράξενη και ιδιότροπη>>. Για παράδειγμα, μπορεί να εστιάζουν σε ένα σημείο της συζήτησης που τους ενδιαφέρει για πολλή ώρα και να καταλαμβάνουν την συζήτηση, ενώ την ώρα που μιλά ο συνομιλητής τους να δείχνουν εμφανή σημάδια βαρεμάρας και ανυπομονησίας για να φύγουν. Αυτή η αδιαφορία για τον άλλο, μπορεί να χαρακτηριστεί ως αναισθησία και ασέβεια προς τον συνομιλητή. Επιπλέον, η παρορμητικότητα του και η αδεξιότητα στο λόγο και τις πράξεις, ενδείκνυται να οριοθετηθούν εισάγοντας στη ζωή την έννοια των <<κανόνων συμπεριφοράς>> (Faherty, 1999).

Τα παιδιά με Σ.Α. παρουσιάζουν μία κοινωνική συμπεριφορά που ενδέχεται να εκλαμβάνεται από τους άλλους ως περίεργη και παράξενη. Μονοπωλούν την συζήτηση, μιλούν για θέματα που μπορεί να μην έχουν κανένα αντικειμενικό ενδιαφέρον, δεν περιμένουν την σειρά τους και συνεπώς οι κοινωνικές τους συναλλαγές γίνονται εξαιρετικά δύσκολες (Faherty, 1999).

Επιπλέον, τα παιδιά με Σ.Α. σημειώνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους και ανησυχίας, όπως επίσης και μικρότερη ευχαρίστηση και συναγωνισμού κατά τη διάρκεια των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Για αυτό το λόγο το παιχνίδι ως μέσο κοινωνικοποίησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο. Η Faherty (1999) μέσα από τη μελέτη της θεωρεί το παιχνίδι ως την κύρια δραστηριότητα των παιδιών που ασκεί σημαντικό ρόλο για την συγκρότηση του εαυτού. Το παιδί μέσα από το παιχνίδι μαθαίνει το ρόλο του άλλου και απομακρύνεται από τις εγωιστικές τους θέσει.

Σύμφωνα με έρευνες σε άτομα υψηλής λειτουργικότητας διαπιστώθηκε ότι το σύνδρομο υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής είναι πολύ συχνό στην καθημερινότητά τους και αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που δυσχεραίνει την επικοινωνία τους με τους άλλους (Goble, 1995).

Τα άτομα με Σ.Α. βιώνουν πραγματικά μεγάλες δυσκολίες σε στοιχειώδεις κοινωνικές συμπεριφορές, όπως αποτυχία στην ανάπτυξη και δημιουργία φιλικών σχέσεων ή στην συζήτηση διασκεδαστικών δραστηριοτήτων μαζί με άλλους (Faherty, 1999).

3.3 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κυριάκος (ψευδώνυμο), 6,6 ετών,

Στην περίπτωση του Κυριάκου, οι παραπάνω συμπεριφορές είναι συνεχεία και αδιάκοπες. Πιο αναλυτικά, Ο Κώστας πολλές φορές διακόπτει τη συζήτησή μας και αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα, αναλύοντας το επί πολλά συνεχόμενα λεπτά χωρίς διάλογο. Το παιδί δυσκολεύεται να ακούσει τον συνομιλητή του, διακόπτοντάς τον συνεχώς και αλλάζοντας θέμα συζήτησης. Ο Κυριάκος έχει ιδιαίτερη αδυναμία σε συγκεκριμένο τηλεπαιχνίδι στην τηλεόραση για το οποίο μιλάει με φλυαρία και εμμονή, ακόμα και όταν ο ειδικός προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα διαλόγου. Τελικά, ο Κυριάκος, κάνει ένα μακροσκελή μονόλογο, χωρίς νόημα.

Ο Κυριάκος είναι ένα παιδί που έχει διάθεση για παιχνίδι απλά δυσκολεύεται να είναι συγκεντρωμένος στη διαδικασία για αρκετό και συνεχόμενο χρόνο, λόγω της διάσπασης προσοχής του.

Η συμμετοχή του σε ένα παιχνίδι οργανωμένο με κανόνες κρίθηκε άμεση, προκειμένου το παιδί να κατανοήσει τους ρόλους όλων των συμμετεχόντων, καθώς και τη σχέση που έχουν αυτοί οι ρόλοι μεταξύ τους. Ένα απλό επιτραπέζιο παιχνίδι βοήθησε στο να προσελκύσει το ενδιαφέρον του Κυριάκου. Μέσα από τη διαδικασία, εισάγεται η έννοια των κανόνων την οποία δυσκολεύεται να κατανοήσει. Ο Κυριάκος είναι ανήσυχος και φανερά αγχωμένος καθώς συνεχώς ρωτά <<Τι να κάνω? Πώς να το κάνω?>>. Η διαδικασία του παιχνιδιού, όσο επιθυμητή και αν είναι από το παιδί, αποτελεί ένα πρωτόγνωρο κοινωνικό μέσο γνωριμίας με τον ειδικό θεραπευτή, γεγονός που του δημιουργεί άγχος. Παράλληλα, η υπερκινητικότητα κι η έντονα διάσπαση προσοχής (δεν κάθεται στην καρέκλα του) συνθέτουν την εικόνα ενός παιδιού που παρουσιάζει πραγματική δυσκολία κοινωνικής συνύπαρξης. Στην περίπτωση του Κυριάκου, διακρίνεται έντονη η θεατρικότητα στις κινήσεις του, καθότι οι εκφράσεις του προσώπου του είναι πολύ έντονες και η διάθεσή του για αναπαραστάσεις πολύ αυξημένη. Για αυτό το λόγο, διαλέχτηκε από το πλαίσιο που συνεργάζεται ο Κυριάκος, ως θεραπευτικό εργαλείο το <<κοινωνικό – δραματικό παιχνίδι>> μέσα από το οποίο δύναται να εκφραστεί συναισθηματικά αλλά και να βοηθηθεί στη γλωσσική του ανάπτυξη. Αυτό το είδος παιχνιδιού συμβάλλει στην αυτογνωσία και αποτελεί σημαντικό μέσο για την ευαισθησιοποίηση και την επικοινωνιακή εξέλιξη των παιδιών, καθώς και την κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών με Σ.Α.. Η άμεση επαφή τους με τις αισθήσεις τους οι οποίες εκφράζονται με

λέξεις, βοηθά στην κατανόηση του λόγου, εφόσον πραγματοποιείται από μία ευχάριστη διαδικασία.

Ο Κυριάκος, παρότι δείχνει πόσο πολύ θέλει να έρθει κοντά στον ειδικό και να δημιουργήσει σχέση μαζί του, δεν μπορεί να εκφράσει, τηρώντας κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς. Πολύ συχνά, τραβάει απότομα και αδέξια το χέρι του ειδικού για να πάνε να παίξουν ή τον τραβά δυνατά προς την αγκαλιά του πολλές φορές επώδυνα. Φυσικά, ο Κυριάκος, λόγω της αδεξιότητας που χαρακτηρίζει το Σύνδρομο, δεν μπορεί να ελέγξει αυτές τις κινήσεις του. Επιπλέον, ο Κυριάκος δεν κοιτά τον ειδικό στα μάτια (μόνο μετά από υπόδειξη του τελευταίου) και δεν ανταποκρίνεται στα νοήματα (μη λεκτική συμπεριφορά) που του απευθύνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ψυχοκοινωνική επανένταξη των ατόμων με Σύνδρομο Asperger – Αντιμετώπιση

Πριν κάποιος κάνει μια εξαιρετικά συνοπτική αναφορά στις υπάρχουσες παρεμβάσεις θα πρέπει με σαφήνεια να διατυπώσει ότι, αν και διαπιστώνεται πρόοδος και αλλαγές **δεν υφίσταται θεραπεία με την έννοια της ίασης**, με τα σημερινά ερευνητικά δεδομένα. Ο στόχος κάθε παρέμβασης είναι να διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου με Σ.Α. στις κοινωνικές δεξιότητες. Η παρέμβαση επομένως δεν θα πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά μόνο στο άτομο με Σ.Α. αλλά και στην οικογένειά του και στο κοντινό οικο- φιλικό περιβάλλον.

4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αφού οριστικοποιηθεί η διάγνωση, οι επαγγελματίες την κάνουν γνωστή στους γονείς, προσφέροντας μια σαφή εικόνα αυτού που συμβαίνει στο παιδί και του τι θα ακολουθήσει. Οι γονείς θα πρέπει να έχουν μια σωστή, έγκυρη συμβουλευτική υποστήριξη και σαφή καθοδήγηση. Ακολουθεί ο θεραπευτικός – ψυχο – εκπαιδευτικός σχεδιασμός, που πραγματοποιείται με τη συνεργασία των γονέων και καθορίζονται οι παρεμβάσεις και το εξατομικευμένο (όχι πάντα ατομικό) εκπαιδευτικό πρόγραμμα του παιδιού. Σήμερα παγκόσμια χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές και πολλές ισχυρίζονται ότι έχουν θεαματικά αποτελέσματα. Ο απώτερος στόχος που πρέπει να έχει το πρόγραμμα είναι να αρχίζει το παιδί να ανεξαρτητοποιείται από τα βοηθήματα και να μπορεί να εκτελέσει τις κατάλληλες δραστηριότητες χωρίς να χρειάζεται να συμβουλευτεί διαρκώς το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα. Όταν κατακτήσει αυτές τις δεξιότητες μπορεί να αρχίσει να τις γενικεύει και σε άλλα πλαίσια για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα που είναι η ανεξαρτητοποίησή του. (Goble, 1995).

Οι επικρατέστερες, έγκυρες προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα των οποίων ποικίλει από παιδί σε παιδί, είναι:

1. Προσέγγιση teacch (division teacch)

2. Συμπεριφορικές προσεγγίσεις (behavioral approaches, applied behavior analysis a.b.a.)
3. Προσεγγίσεις ενσωμάτωσης – σύνθεσης – ολοκλήρωσης (integration approaches)
4. Θεραπεία καθημερινής ζωής (daily life therapy at the Boston higashi school)
5. Αλληλεπιδραστικές προσεγγίσεις (interactive approaches, option approach, the playschool curriculum, infant development programme) (Goble, 1995).

Οι πιο συχνές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι το teach (Treatment & Education of Autistic and related Communication Handicapped Children). Η μέθοδος επικεντρώνεται στην κατανόηση και διαχείριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των ατόμων, έτσι ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αυτονομία σε όλα τα επίπεδα λειτουργικότητας, ανάλογα με τις ικανότητες του ατόμου. Μετά από τον εντοπισμό των αναδυόμενων ικανοτήτων του παιδιού ξεκινά η εκπαίδευση του παιδιού σε πολλαπλά, λειτουργικά, ξεκάθαρα οργανωμένα και δομημένα πλαίσια. Η δόμηση και η προβλεψιμότητα χρησιμοποιούνται για να ευοδωθούν η **αυθόρμητη λειτουργική επικοινωνία και γενίκευση** (Lord & Schopler, 1994).

Ορισμένα σημεία σύγκλισης των προσεγγίσεων είναι:

1. Η έμφαση που δίνεται στην επικοινωνία
2. Η έμφαση στην κοινωνική αλληλεπίδραση
3. Η διδασκαλία αποδεκτών εναλλακτικών προτύπων
4. Η χρήση οπτικών μέσων
5. Η προβλεψιμότητα των καταστάσεων
6. Το παιχνίδι
7. Η εξατομικευμένη και ομαδική εκπαίδευση
8. Η σημασία της γενίκευσης των κερτημένων δεξιοτήτων
9. Η δυνατότητα προσαρμογής και μετάβασης από το ένα πλαίσιο στο άλλο
10. Η συμμετοχή των γονέων (Goble, 1995).

Οι ειδικές θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι:

1. Αισθητηριακή ολοκλήρωση και Αισθητηριακή χαλάρωση
2. Δραματοθεραπεία – Χοροθεραπεία – Θεραπείες με τη βοήθεια της τέχνης
3. Εκπαίδευση και υποβοήθηση της επικοινωνίας – PECS, MAKATON
4. Εργοθεραπεία
5. Θεραπεία συμπεριφοράς

6. Θεραπεία μουσικής αλληλεπίδρασης – μουσικοθεραπεία, θεραπεία με τη βοήθεια της τέχνης
7. Λογοθεραπεία, αγωγή του λόγου
8. Μάθηση υποβοηθούμενη από τη χρήση υπολογιστών
9. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αλληλεπιδραστικού χαρακτήρα
10. Ψυχοκινητική
11. Ψυχοπαιδαγωγική (Howlin & Moore, 1997 · Schopler, 1995).

4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ Η ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού για το οποίο σχεδιάζουμε την παρέμβαση
2. Σε πιο βαθμό εμφανίζονται οι διαταραχές και πως σε κάθε προσέγγιση αντιμετωπίζεται το συγκεκριμένο παιδί
3. Το επίπεδο των ικανοτήτων
4. Ποιοι είναι οι στόχοι που θέτει η προσέγγιση για την πρόοδο του παιδιού
5. Ποια επιστημονικά δεδομένα τεκμηριώνουν την επίτευξη των στόχων
6. Κατά πόσο ταιριάζει η προσέγγιση με το προσωπικό στυλ, τις ιδέες, τη φιλοσοφία των γονέων και των θεραπευτικών – εκπαιδευτικών (Cohen, 1998 · Goble, 1995).

4.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Αφού προηγηθεί συστηματική παρατήρηση και καταγραφή τόσο των βασικών διαστάσεων της ίδιας συμπεριφοράς (ένταση, συχνότητα, διάρκεια) όσο και των πιθανών συνθηκών που την ενεργοποιούν, το επόμενο βήμα είναι ο σχεδιασμός της παρέμβασης για τη διαχείριση αυτής της συμπεριφοράς. Θα πρέπει να τονισθεί ότι δεν υπάρχουν συνταγές και κανόνες. Το κάθε άτομο είναι μοναδικό όπως επίσης και οι τρόποι που θα το προσεγγίσει κάποιος πρέπει επίσης να είναι προσαρμοσμένοι στις δικές του ανάγκες και ιδιαιτερότητες.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι:

➤ Δεν μπορεί κανείς να αλλάξει το φάσμα των αυτιστικών συμπεριφορών που παρουσιάζει το παιδί υπάρχει ιεραρχούμε και επιλέγουμε με βάση:

- Το βαθμό επικινδυνότητας της συμπεριφοράς για το ίδιο το άτομο, τους άλλους και το περιβάλλον.

- Τις δυσκολίες που δημιουργεί η συμπεριφορά όσον αφορά την αποδοχή του ατόμου από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο άμεσα ή και στο μέλλον.

➤ Τα όρια που θα βάλει η οικογένεια στο παιδί εξαρτώνται από προσωπικά πιστεύω για το τι είναι <<σωστό>> και <<τι δεν είναι>> ή από κανόνες γενικώς αποδεκτούς σε τοπικές ή ευρύτερες κοινωνίες και κουλτούρες.

➤ Χρειάζεται όλοι όσοι εμπλέκονται με το παιδί να συμφωνήσουν σχετικά με τα όρια που θα βάλουν, προκειμένου να σχεδιαστούν από κοινού δράσεις.

➤ Δεν υπάρχουν <<μαγικές συνταγές>> ούτε <<χρυσοί κανόνες>>, μόνο κάποιοι γενικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να συμβάλουν στην πρόληψη αλλά και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των συμπεριφορών των παιδιών με Σ.Α.

Δημιουργία σχέσεων: Βασική προϋπόθεση σε όποια προσπάθεια τροποποίησης μίας συμπεριφοράς είναι η ανάπτυξη μίας σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης με το άτομο με Σ.Α., μίας σχέσης που βασίζεται στη συνέπεια, στη σταθερότητα, στην ειλικρίνεια και στη συνεχή υποστήριξη.

Πολύ καλή γνώση του ατόμου: Η πολύ καλή γνώση των ιδιομορφιών, των συνθηκών, των αναγκών και των τρόπων επικοινωνίας του συγκεκριμένου ατόμου είναι η αφετηρία για κάθε προσπάθεια τροποποίησης της δύσκολης συμπεριφοράς του, καθώς βοηθά στην ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού προγράμματος διαχείρισης της συμπεριφοράς του, προσαρμοσμένο στις δικές του ιδιαίτερες ανάγκες.

Επικοινωνία: Με δεδομένο ότι τα περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς συνδέονται με τις δυσκολίες που παρουσιάζουν τα άτομα με Σ.Α. στο να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους, οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης και υποστήριξης των δεξιοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της εμφάνιση δύσκολων συμπεριφορών. Είναι σημαντικό το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου με Σ.Α. να αναπτύξει σταθερούς κώδικες επικοινωνίας μαζί του, σεβόμενο τις ιδιαιτερότητες και τις αδυναμίες του, όπως επίσης είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται οποιαδήποτε προσπάθεια αυθόρμητης επικοινωνίας των αναγκών του από το ίδιο το άτομο με Σ.Α. όσο ατελής ή ιδιόμορφη και αν είναι αυτή. Παράλληλα, όταν η συμπεριφορά έχει επικοινωνιακή λειτουργία

είναι σημαντικό να του δίνεται η δυνατότητα να μάθει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς που να εξυπηρετούν την ίδια λειτουργία.

Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος: Ο χώρος μέσα στον οποίο ζει το άτομο με Σ.Α. είναι σκόπιμο να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες και ιδιαιτερότητές του, προάγοντας αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης (π.χ. ύπαρξη αρκετού προσωπικού χώρου, διασφάλιση ενός ήσυχου δωματίου, αν παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία σε θορύβους, αποφυγή εντάσεων ή πολύ δυνατών φωνών κατά το μέγιστο δυνατό).

Δόμηση του χώρου και του χρόνου τους: Με δεδομένο ότι τα άτομα με Σ.Α. νιώθουν συχνά ανασφάλεια και σύγχυση, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται κατά το μέγιστο δυνατό ένα πρόγραμμα στην καθημερινότητά τους, το οποίο να παρουσιάζει σταθερότητα και το οποίο να περιέχει ένα εύρος δραστηριοτήτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντά τους, έτσι ώστε να αντλούν ικανοποίηση και αίσθημα επιτυχίας από αυτές. Το πρόγραμμα αυτό είναι σημαντικό να το γνωρίζει το άτομο με Σ.Α., έτσι ώστε να περιορίζεται η αγωνία που πιθανώς να νιώθει για το τι πρόκειται να συμβεί.

Προτροπή για ενασχόληση με εναλλακτικές συμπεριφορές: Οι εναλλακτικές συμπεριφορές πρέπει να έχουν την ίδια λειτουργία με τη δύσκολη συμπεριφορά προκειμένου να την αντικαταστήσουν: Αν για παράδειγμα η συμπεριφορά που θέλουμε να αντικαταστήσουμε είναι η στερεοτυπική ρίψη αντικειμένων στο πάτωμα θα πρέπει η εναλλακτική να έχει το ίδιο αισθητηριακό αποτέλεσμα για το άτομο (π.χ. κάδοι στους οποίους ρίχνει αντικείμενα σε διαφορετικά μεγέθη, σχήματα ή χρώματα).

➤ Σε περιπτώσεις έντονων κρίσεων θυμού, που ενέχουν επιθετικότητα ή αυτοτραυματισμό, αυτό που πρέπει να έχουμε υπόψη είναι ότι πολλές από αυτές τις συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα αυξημένης έντασης και άγχους, τα επίπεδα του οποίου ξεπέρασαν κάποια στιγμή ένα οριακό σημείο και οδήγησαν σε έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα. Ο παράγοντας πρόληψη από την πλευρά μας είναι πολύ κρίσιμος όταν το άτομο βρίσκεται σε αυτό το οριακό σημείο συναισθηματικής διέγερσης. Αν μπορούμε να αναγνωρίσουμε ενδείξεις εκνευρισμού ή άγχους μπορούμε να προλάβουμε την εκδήλωση την έντονης ή επικίνδυνης συμπεριφοράς:

- Αποφεύγουμε να κάνουμε οτιδήποτε θα διεγείρει ακόμη περισσότερο το άτομο (φωνές, απειλές, έντονες χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου).
- Μιλάμε με ήρεμο τόνο και προσπαθούμε να βοηθήσουμε το άτομο να ηρεμήσει και να του δείξουμε ότι βρισκόμαστε κοντά του για ότι χρειαστεί.

- Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να απομακρυνθούμε τελείως από το οπτικό πεδίο, αν διαπιστώσουμε ότι επίκειται μία έκρηξη θυμού.
- Δεν θέτουμε απαιτήσεις όταν το άτομο είναι ήδη εκνευρισμένο.
- Προσπαθούμε να δώσουμε στο άτομο τρόπους για να χαλαρώσει, όταν δείχνει νευρικό και ανήσυχο (μουσική, μασάζ, κ.α.)
- Προσπαθούμε να διοχετεύσουμε την αυξημένη ενεργητικότητα του ατόμου σε <<κοινωνικά αποδεκτές>> διεξόδους.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η διαχείριση τω προβλημάτων συμπεριφοράς μπορεί να επιτευχθεί με μία σειρά παρεμβάσεων οι οποίες εφαρμόζονται σε ένα σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχουν μαγικές συνταγές, ούτε φόρμουλες κοινές για όλες τις περιπτώσεις. Η καλή γνώση του ατόμου και των αναγκών του, καθώς και η ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης, συνέπειας και σταθερότητας, όπου τα όρια και οι απαιτήσεις μπαίνουν πολύ ξεκάθαρα από όλους όσους εμπλέκονται με το άτομο, είναι ίσως η καλύτερη και πιο σίγουρη προσέγγιση για την πρόληψη αλλά και τη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς στο Σ.Α. (Ο' Neil, Horner, Albin, Sprague, Storey, Newton, 1997).

4.4 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ

Τα παιδιά με Σ.Α. αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη δημιουργία σχέσεων με συνομηλίκους ή άλλους ανθρώπους με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονη κοινωνική απόρριψη και απομόνωση που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε κατάθλιψη. Οι περισσότεροι θεραπευτές, εκπαιδευτικοί αλλά και γονείς, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο γνωστικό τομέα και αγνοούν την κοινωνική ανάπτυξη που τη θεωρούν υποδεέστερη, γιατί πιστεύουν ότι δεν παράγει την ακαδημαϊκή επίδοση και κατ' επέκταση την ένταξη στο σχολείο. Ωστόσο, η κοινωνικοποίηση, είναι πάρα πολύ σημαντική και πρέπει να δουλευτεί για να μπορέσει το παιδί να ενσωματωθεί στην κοινωνία και να αρχίσει να μαθαίνει από το περιβάλλον του (Wolff, 1991).

Οι διάφορες προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την κοινωνική εκπαίδευση των παιδιών με Σ.Α. δεν έχουν αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Simpson & Regan, 1998). Προέκυψε επομένως η ανάγκη για τη δημιουργία πρόσθετων και δημιουργικών στρατηγικών που πρέπει να συνδυαστούν

με τις ήδη υπάρχουσες παραδοσιακές παρεμβάσεις. Παρακάτω θα αναφερθούν δύο προσεγγίσεις που έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερες αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και μπορούν να εφαρμοστούν και στο χώρο του σχολείου, τις κοινωνικές ιστορίες (Gray, 1993 / 1994 / 1995 / 1997 / 1998) και τον κύκλο των φίλων (Newton, Taylor, Wilson, 1996).

4.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ

Η Carol Gray (1994) ανέπτυξε την προσέγγιση που ονόμασε <<κοινωνικές ιστορίες>> και την εφάρμοσε για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά και επικοινωνιακά προβλήματα που εκδηλώνουν τα παιδιά κυρίως με Σ.Α.. Μία κοινωνική ιστορία περιγράφει μία κοινωνική κατάσταση που είναι προβληματική για ένα παιδί με Σ.Α., ενώ παρέχει ταυτόχρονα σαφείς ενδείξεις και οδηγίες για την εκδήλωση των κατάλληλων κοινωνικών αντιδράσεων. Παρέχει ουσιαστικά ένα κοινωνικό σενάριο που μελετάει το παιδί με απώτερο σκοπό να μάθει πως πρέπει να αντιδρά σε μία κατάσταση που του προκαλεί άγχος, ανασφάλεια ή επιθετικότητα. Εφόσον το πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε παιδί είναι διαφορετικό, είναι λογικό ότι κάθε ιστορία είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στο γνωστικό του επίπεδο. Η ιστορία αποτελείται συνήθως από δύο έως πέντε προτάσεις (Simpson & Regan, 1998) που συμπεριλαμβάνουν:

- 1) Περιγραφικές πληροφορίες για το πλαίσιο, τα υποκείμενα και τις δράσεις (πού διαδραματίζεται η ιστορία κι ποιοι είναι οι πρωταγωνιστές).
- 2) Κατευθυντήριες πληροφορίες – δηλώσεις για την κατάλληλη συμπεριφορική αντίδραση (ποιος είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος αντίδρασης σε μία συγκεκριμένη κατάσταση. Οι οδηγίες πρέπει να είναι πολύ σαφείς και να μην συμπεριλαμβάνουν ανακρίβειες ή ανακολουθίες).
- 3) Πληροφορίες προοπτικής – προτάσεις που περιγράφουν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων σε μία συγκεκριμένη κατάσταση (στόχος των προτάσεων αυτών είναι να αναπτύξουν την ενσυναίσθηση των παιδιών με Σ.Α., ώστε να κατανοήσουν ότι οι πράξεις και τα λόγια τους έχουν αντίκτυπο στα συναισθήματα των υπολοίπων).
- 4) Προτάσεις ελέγχου – περιγραφή παρόμοιων πράξεων και αντιδράσεων που δεν χρησιμοποιούν ανθρώπους: για παράδειγμα, μία χελώνα μετακινείται με την ησυχία της από ένα μέρος σε κάποιο άλλο.

Η Gray (1994) πρότεινε ότι οι κοινωνικές ιστορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξυπηρετήσουν τους παρακάτω στόχους: α) να περιγράψουν μία κατάσταση παρέχοντας ταυτόχρονα σαφείς ενδείξεις για τη συμπεριφορά και την αντίδραση που πρέπει να εκδηλώσει το παιδί με έναν τρόπο που δεν είναι καθόλου απειλητικός, β) να προσωποποιήσουν και να εξατομικεύσουν τη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων γ) να διδάξουν στο παιδί προσαρμοστικές ρουτίνες και να το υποστηρίξουν προκειμένου να κατορθώσει να μεταβάλλει ορισμένες συμπεριφορές δ) να διδάξουν τις κατάλληλες συμπεριφορές σε ένα ρεαλιστικό κοινωνικό πλαίσιο για να μπορέσουν να τις γενικεύσουν ευκολότερα και ε) να αντιμετωπίσουν ένα εύρος προβληματικών συμπεριφορών, όπως η επιθετικότητα, η εμμονή σε κάποιες ρουτίνες, το άγχος και ο φόβος.

4.4.2 ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ

Μία από τις προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για την προώθηση της ένταξης παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος στο χώρο του σχολείου είναι ο <<κύκλος των φίλων>> (Newton, Taylor, Wilson, 1996). Πρόκειται για μία συστηματική προσέγγιση η οποία αναγνωρίζει ότι η δύναμη της ομάδας συνομηλίκων – και επομένως την μαθητικής κουλτούρας – μπορεί να ασκήσει είτε μία θετική είτε μία περιοριστική και καταστροφική επίδραση στην ατομική συμπεριφορά (Newton, Taylor, Wilson, 1996).

Ο κύκλος των φίλων έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικός επειδή δημιουργεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο στο περιβάλλον του παιδιού που αρχίζει να βιώνει επιτυχίες και να δέχεται θετική ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους του. Οι στόχοι του κύκλου είναι:

- 1) Η δημιουργία ενός χώρου όπου το παιδί μπορεί να έρθει σε τακτική και υποστηρικτική επαφή με περισσότερο κοινωνικά ικανούς συνομηλίκους.
- 2) Η παροχή ενός πλαισίου που επιτρέπει την εξ ολοκλήρου αντιμετώπιση της διαταραχής της κοινωνικής επαφής.
- 3) Η παραδοχή ότι η κοινωνική διαταραχή των ατόμων με Σ.Α. αποτελεί μία θεμελιώδη και διάχυτη δυσκολία
- 4) Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων μέσω της καλλιέργειας της δημιουργικότητας των μελών του κύκλου και της κατανόησης της κουλτούρας των συνομηλίκων σε συγκεκριμένα σχολεία (Roeyers, 1995).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο κύκλος των φίλων στοχεύει κυρίως στην κατανόηση των κοινωνικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με Σ.Α. από το περιβάλλον τους και την τροποποίησή του για να ενσωματωθούν τα παιδιά αυτά στο κοινωνικό του πλαίσιο.

4.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Αφού γνωρίσουν και κατανοήσουν τις διαφορές, αλλά και τις ιδιαίτερες ικανότητες του παιδιού με Σ.Α.:

- Το ενθαρρύνουμε να ξεδιπλώνει τις ικανότητές του, αξιοποιώντας τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά του μέσα από εργασίες και άλλες δράσεις.
- Κατανοούμε και σεβόμαστε την ανάγκη του για διατήρηση ρουτίνας.
- Το βοηθάμε να κατανοεί τις ερωτήσεις και τις εντολές που αφορούν τις σχολικές εργασίες.
- Βοηθάμε την ένταξή του σε ομάδες και την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.
- Μιλάμε για τη διαφορετικότητα στα άλλα παιδιά (Kunse & Mesibov, 1998).

4.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΕΣ

Ως εργοδότες, συνάδελφοι, γείτονες ή συμπολίτες των ατόμων με Σ.Α.. οφείλουμε απέναντί τους ό, τι και στους περισσότερους από τους άλλους συμπολίτες μας: την αποδοχή της διαφορετικότητάς τους σε σχέση με εμάς. Όπως ακριβώς περιμένουμε από ένα άτομο με μία σωματική δυσλειτουργία να μας καθοδηγήσει ως προς το πώς προσδοκά να το βοηθήσουμε να εξυπηρετηθεί, έτσι και για τους ανθρώπους μας με το Σ.Α. θα περιμένουμε να μας δείξουν ή να μας πούνε εκείνοι τι χρειάζονται, τι τους ενοχλεί, τι απολαμβάνουν. Να τους παρέχουμε τον επιπλέον χρόνο που χρειάζονται για να εκφραστούν ή να λειτουργήσουν και να ανταποκρινόμαστε στις ιδιαίτερες ανάγκες τους – π.χ. τη μείωση των έντονων θορύβων, ή του έντονου φωτισμού.

Εάν δώσουμε στα άτομα με Σ.Α. αυτό το "τράτο", το χρόνο να τους γνωρίσουμε, το χρόνο να μας εξηγήσουν τις ανάγκες τους, το όφελος θα είναι μεγάλο, όχι μόνο για τους ίδιους αλλά και για την κοινωνία, που θα μπορέσει να αφομοιώσει έντιμους, αφοσιωμένους, εργατικούς και, συχνά, πραγματικά χαρισματικούς πολίτες (King & Gerlach, 2002).

4.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Μερικές τεχνικές διδασκαλίας που βοηθούν το παιδί στην ψυχοκοινωνική επανένταξη είναι:

- Προσπαθούμε να μην υπάρχουν μεγάλες αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας του παιδιού, και να είναι όλες οι δραστηριότητες οργανωμένες, σταθερές και προβλέψιμες. Οι εκπλήξεις συνήθως δεν αρέσουν στα άτομα με Σ.Α.. Είναι απαραίτητο να προειδοποιούμε εκ των προτέρων το παιδί για πιθανές αλλαγές στο πρόγραμμά του.
- Φροντίζουμε οι κανόνες στην τάξη να είναι απλοί, σαφείς, και κατανοητοί. Συχνά τα παιδιά με Σ.Α. ερμηνεύουν τους κανόνες της τάξης με έναν απόλυτο τρόπο και τους ακολουθούν με τυφλή αφοσίωση. Για αυτό το λόγο μπορούμε να διαφοροποιούμε τους κανόνες για να εξυπηρετούν τις ανάγκες των συγκεκριμένων παιδιών.
- Διδάσκουμε στο παιδί τις βασικές αρχές μιας συζήτησης (απλώς ξεκινάμε μια συζήτηση, πως ζητάμε το λόγο για να μιλάμε, πως διακόπτουμε τον συνομιλητή μας και πως αλλάζουμε το θέμα της συζήτησης).
- Ακούμε στην τάξη μαγνητοφωνημένους διάλογους και προσπαθούμε να μιμηθούμε τους διάλογοι μέσα στην τάξη.
- Τα παιδιά με Σ.Α. θέλουν απεγνωσμένα να κάνουν φίλιες αλλά δεν ξέρουν το πώς. Αφού διδάξουμε τους βασικούς κανόνες κοινωνικούς κανόνες επαφής, <<κάνουμε ζευγάρι>> το παιδί με Σ.Α. με ένα άλλο παιδί της τάξης, ώστε να εφαρμόσουν μαζί στην τάξη την ανταλλαγή πραγμάτων, τη συνεργασία και τη φιλία.
- Ενθαρρύνουμε τα ομαδικά παιχνίδια, επιβλέποντας διακριτικά το παιδί με Σ.Α. και παρεμβαίνοντας όταν δυσκολεύεται να συμμετέχει στην ομάδα.
- Προσπαθούμε να εκμεταλλευτούμε στη διδασκαλία το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που επιδεικνύει το παιδί σε έναν τομέα (τρένα, ρολόγια κλπ).
- Ενσωματώνουμε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του παιδιού στο σχολικό πρόγραμμα.
- Χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν συχνότερα οπτικά ερεθίσματα και βοηθήματα (εικόνες, διαγράμματα, εικονογραφημένα προγράμματα, κλπ) κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας.

- Προσπαθούμε το περιεχόμενο της διδασκαλίας μας να είναι συγκεκριμένο και σαφές.
- Αποφεύγουμε το χιούμορ, το μεταφορικό λόγο ή τις ιδιωτικές εκφράσεις. Αφηρημένες λέξεις και έννοιες τις κάνουμε όσο γίνεται πιο απλές και τις <<αναλύουμε>> σε απλούστερες έννοιες. Χρησιμοποιούμε ιστορίες με κοινωνικό περιεχόμενο, μίμηση στα παιχνίδια ρόλων για να διδάξουμε στο παιδί την κοινωνική συνδιαλλαγή και επικοινωνία.
- Επιμένουμε ιδιαίτερα στην κατανόηση, γιατί συχνά τα παιδιά με Σ.Α. μιλούν και διαβάζουν με μεγάλη ευχέρεια αλλά έχουν προβλήματα κατανόησης.
- Επειδή το παιδί με Σ.Α. ξεχνά συνήθως τις καθημερινές τους υποχρεώσεις, φροντίζουμε να έχουμε ένα τετράδιο επικοινωνίας με τους γονείς όπου γράφουμε μηνύματα και τις σχολικές εργασίες.
- Ενθαρρύνουμε το παιδί με Σ.Α. να ζητά βοήθεια από εμάς ή τα άλλα παιδιά όταν αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία και δημιουργούμε ένα τέτοιο κλίμα στην τάξη που η <<διαφορετικότητα>> να είναι αποδεκτή (Klin & Volkmar, 1996 · Myles & Simpson, 1998).

4.8 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

Το πρόβλημα μέσα στη σχολική τάξη και η απάντηση στο ερώτημα Ένταξη ή Αποκλεισμός είναι άμεσα συσχετισμένο με τα δομημένα εκπαιδευτικά προγράμματα. Αυτά επικεντρώνουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία των βασικών αναγκών, όπως αυτές του φαγητού, του ύπνου, της αυτοεξυπηρέτησης και την μάθηση, που τα παιδιά με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος μπορούν να διδαχθούν. Η συγκεκριμενοποίηση του διδακτικού στόχου, στην εκπαιδευτική θεώρηση των ατόμων που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα προσανατολίζεται στην κατανόηση, τη γνώση και υποστήριξη των όποιων προβλημάτων στη συμπεριφορά. Η επεξεργασία ενός διδακτικού προγράμματος είναι άμεσα συσχετισμένη με την εκπαιδευτική αξιολόγηση των <<αληθινών>> ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού. Η ερμηνευτική απόδοση των δυσκολιών, που αναδύονται μέσα από τα προβλήματα συμπεριφοράς, συμπεριέχεται στο <<εκπαιδευτικό μενού>>. Αυτό έχει σαν στόχο να <<δώσει νόημα στο γύρω κόσμο>> με βάση ότι το δυναμικό του παιδιού και η φύση των μαθησιακών

δυσκολιών κατανοείται από τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και το παιδί. Οι δυσκολίες ιεραρχούνται ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας του Σ.Α. και ταξινομούνται σαν πρωτογενείς και δευτερογενείς δυσκολίες, που απορρέουν άμεσα από το πρόβλημα του Σ.Α.. Η μη κατάλληλα και έγκαιρη εκπαιδευτική παρέμβαση ενοχοποιείται για την πολυπλοκότητα στις δευτερογενείς δυσκολίες. Οι τελευταίες κατέχουν μεγάλο μερίδιο στους μηχανισμούς οργάνωσης των προβλημάτων του παιδιού, στην περίπτωση των σοβαρών μαθησιακών δυσκολιών. Γεγονός, που επιτρέπει να σκεφτούμε αυτό που συνήθως το παιδί με Σ.Α. χρεώνεται σαν αρνητική ή παρεμβατική συμπεριφορά, το ότι δηλαδή δεν έτυχε των κατάλληλων εκπαιδευτικών διευκολύνσεων μέσα από συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, που μαθαίνουν στο παιδί να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις πρωτογενείς ειδικές ανάγκες και μαθησιακές δυσκολίες (Baskin, Sperber, Price, 2006).

Η δυσκολία να κατανοήσουμε τις ψυχικές καταστάσεις, που σχετίζονται με τη σκέψη και το συναίσθημα του ατόμου με Σ.Α. αλλά και τι δικό μας, των δασκάλων ειδικής αγωγής, αποτελεί ίσως το βασικό πρόβλημα στην επιχειρούμενη εκπαιδευτική θεώρηση για τις διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα. Παράδειγμα ο φόβος, κυρίαρχο αρνητικό συναίσθημα, οδηγεί το παιδί σε μία σειρά εξελικτικών πράξεων, όπως η απόσυρση με την εικόνα του τύπου του παιδιού, που τραβιέται και μαζεύεται <<σαν σαλιγκάρι>> και <<τους κανόνες ή τους περιορισμούς της θεσπισμένης>> κοινωνικής συναλλαγής (Baskin, Sperber, Price, 2006).

. Το σχολείο αλληλεπιδρά πάνω στο πρόβλημα με ή χωρίς ενσωμάτωση (Attwood, 2000). Ή για να διατυπώσουμε με περισσότερη ευκρίνεια τον όρο, ένταξη επιχειρείται εκεί που υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες και μπορούν να εξυπηρετούν τις ανάγκες του παιδιού. Αυτές διακρίνονται σε εξωγενείς και ενδογενείς, κατά προτεραιότητα ιεραρχημένης σε πρωτογενείς ή σε δευτερογενείς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Στις πρώτες εμπλέκονται λειτουργικά ζητήματα, που αφορούν τις δομές και γνωστική επεξεργασία των κοινωνικών θεσμών και συστημάτων του τύπου σχολείο, τάξη, ειδική τάξη, ειδικό σχολείο, κ.α.. Η αξιολόγηση των εξωγενών αναγκών αφορούν τον κατάλληλο υλικοτεχνικό σχεδιασμό και την εξειδικευμένη εκπαίδευση, που έχει δοθεί στο έμφυχο προσωπικό με ευθύνη να υποστηρίξει αποτελεσματικά την ενσωμάτωση των ατόμων με Σ.Α.. Αυτό βασίζεται στην κατανόηση της κοινωνίας για τα προβλήματα, που έχουν τα παιδιά με διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα, όπως στο να γνωρίσουν και να επεξεργαστούν τις έννοιες του περιβάλλοντος κόσμου (Aarons & Gitters, 1998).

Στις ενδογενείς δυσκολίες εμπλέκονται οι ατομικές διαφορές στο ψυχικό όργανο του παιδιού και οι πολυποίκιλες ψυχικές διαφοροποιήσεις στο πρωτογενές επίπεδο αναφοράς και συναλλαγής. Οι τελευταίες προκύπτουν σαν αποτέλεσμα των δυσχερειών αλληλεπίδρασης και αδυναμίας συνεργασίας του κεντρικού νευρικού συστήματος να νοηματοδοτήσει, να συνδέσει και να μεταφέρει ταυτόχρονα την πληροφορία στο σωματικό, γνωστικό και συναισθηματικό λειτουργικό επίπεδο. Η αξιολόγηση των ενδογενών δυσκολιών συναρτάται από το βαθμό γνώσης και κατανόηση του ειδικού δασκάλου του προβλήματος του αυτισμού και της αντιμετώπισής του μέσα από τη διδακτική πράξη. Συγκεκριμένα σε ό, τι αφορά τις παραπάνω βασικές εξελικτικές ψυχικές αλληλεπιδράσεις και τις δυναμικές, βάση των οποίων τα σημαντικά στοιχεία – επεξεργασμένες πληροφορίες για την ιδιαιτερότητα του Σ.Α., εντάσσονται στο εξατομικευμένο διδακτικό πρόγραμμα (Aarons & Gitters, 1998).

Οι νέες τεχνολογίες μπορούν να παρέχουν μία σύγχρονη βοήθεια στην κατάλληλη και έξυπνη εκπαιδευτική παρέμβαση. Με δεδομένο ότι αυτή έχει σχεδιαστεί από το δάσκαλο της ειδικής αγωγής, ο οποίος έχει αφιερώσει διδακτικό χρόνο για να παρατηρήσει, καταγράψει και να σκεφτεί για τις σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες που προκύπτουν σαν αποτέλεσμα του αυτισμού. Οι τελευταίες αφορούν αποκλειστικά το συγκεκριμένο αυτισμό του μαθητή με τον οποίο ο εκπαιδευτικός έχει εμπλακεί διδακτικά. Καταδικάζουμε τη διδακτική παρέμβαση, γίνεται κάτω από μονοδιάστατες εντολές γονέων, γιατρών, ψυχολόγων και δεν αναγνωρίζουν τη δυναμική της διδακτικής σκέψης και της σημασίας της διδακτικής πράξης. Γνωρίζουμε ότι συνήθως δεν έχουν κάποιο αποτέλεσμα και απλά καταναλώνουν πολύτιμο χρόνο, πολιτικές και χρήματα. Αντίθετα δεν αξιοποιείται το δυναμικό του παιδιού και υποβαθμίζεται η σημασία που δηλώνουν σε όλους οι πράξεις και δυνατότητες, που τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού έχουν κρυμμένες μέσα στο νοητικό δυναμικό τους (Attwood, 1998).

4.9 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Το Σ.Α. δεν θεραπεύεται και συνοδεύει το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη από ότι του αυτισμού και των υπολοίπων Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Επειδή το παιδί με Σ.Α. θα γίνει ενήλικας με Σ.Α. ,

πρέπει να βοηθηθεί να αναπτύξει κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς που θα του επιτρέψουν να προσαρμοστεί στην κοινωνία (Myles & Simpson, 1998).

Τα επαγγέλματα που του ταιριάζουν λίγο περισσότερο είναι αυτά που έχουν σταθερό καθημερινό πρόγραμμα χωρίς πολλές αλλαγές της ρουτίνας (υπάλληλος γραφείου, γραφίστας, προγραμματιστής Η/Υ κλπ). Συνήθως ξεχωρίζει στο χώρο εργασίας για την ακρίβεια, την συνέπεια, την αξιοπιστία και την αφοσίωσή του. Φυσικά χρειάζεται κατανόηση των εκκεντρικών χαρακτηριστικών του από τους συναδέλφους και τον εργοδότη, που πρέπει να επενδύουν στα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου για να αντισταθμίζουν τα ελλείμματα στην κοινωνική επαφή (Myles & Simpson, 1998).

Το άτομο με Σ.Α. θα ξεχωρίζει πάντα για τον <<μονοδιάστατο>> χαρακτήρα του, την δυσκολία του να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις και τα <<ιδιότυπα>> ενδιαφέροντά του. Τα χαρακτηριστικά αυτά θα το δυσκολέψουν να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, αντιμετωπίζοντας τις κοινωνικές και συναισθηματικές πιέσεις και εργασίες, της οικογένειας και του γάμου. Πολλά από τα άτομα με Σ.Α. μένουν για πάντα εξαρτημένα συναισθηματικά από γονείς ή συγγενικά πρόσωπα αντιμετωπίζοντας με άγχος και ανασφάλεια κάθε αλλαγή στη ζωή τους. Μερικά άλλα, που έχουν υψηλές νοητικές ικανότητες, είναι ικανά να προσφέρουν στην κοινωνία προάγοντας τις επιστήμες και την τεχνολογία μέσα από τον δικό τους τρόπο ενασχόλησης με τα ενδιαφέροντά τους (McCroskery, 1999).

4.10 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βασίλης (ψευδώνυμο), 10 ετών,

Ο Βασίλης αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση Σ.Α.. Η διάγνωση έγινε σε δημόσιο νοσοκομείο όπου τον παρακολουθούσαν αναπτυξιακά. Από πολύ νωρίς φάνηκαν προβλήματα στην ανάπτυξή του. Υπήρχαν επιπλοκές κατά τη γέννα (κυάνωση, προβλήματα αναπνοής) και έμεινε στη θερμοκοιτίδα για 2 βδομάδες. Ήταν μεγαλόσωμο μωρό, πολύ ήσυχο και έμενε ακίνητος για πολύ ώρα. Δε χτυπούσε παλαμάκια, ούτε κουνούσε το χέρι του για να πει <<γεια>>. Η μητέρα του ανησυχούσε για τη συμπεριφορά του λόγω και της δύσκολης γέννας που είχε.

Ο Βασίλης χρησιμοποίησε τη λέξη <<ναι>> στους 11 μήνες. Στους 14 μήνες άρχισε να μιλάει με έναν δικό του ακατανόητο τρόπο. Στους 17 μήνες στάθηκε όρθιος και

περπάτησε. Μετά άρχισε να μπουσουλάει. Μέχρι τα 3 του χρόνια μιλούσε τη δική του γλώσσα, οπότε άρχισε να χρησιμοποιεί τις λέξεις που άκουγε από τους μεγάλους. Η κατανόηση του λόγου ήταν πάντα πιο πίσω από την ικανότητα έκφρασης. Στα 4 χρόνια ήξερε να διαβάζει (χωρίς να του διδάξουν) και στα 5 χρόνια είχε αναγνωστική ηλικία παιδιού 8 ετών, αλλά δεν καταλάβαινε αυτά που διάβαζε.

Ο Βασίλης δεν ανέπτυξε συμβολικό παιχνίδι. Από την ηλικία των 6 ετών άρχισε να ασχολείται μανιωδώς με τα αυτοκίνητα και τα αεροπλάνα μαθαίνοντας κάθε τεχνική λεπτομέρεια για τα δύο αυτά μέσα συγκοινωνίας. Ήταν αδέξιος και φοβόταν να σκαρφαλώσει.

Πήγαινε σε ειδικό σχολείο όπου στη αρχή ήταν σαν να αγνοούσε την ύπαρξη των άλλων παιδιών. Σταδιακά άρχισε να κοινωνικοποιείται αλλά με έναν πρωτόγονο και περίεργο τρόπο. Ακόμη δυσκολεύεται να ακολουθήσει τους κανόνες ενός ομαδικού παιχνιδιού και δεν έχει φίλους.

Μιλάει σχολαστικά και με <<επίσημο>> τρόπο, χρησιμοποιώντας εκφράσεις που ακούει στην τηλεόραση ή από τα βιβλία που διαβάζει. Συχνά οι εκφράσεις αυτές δεν ταιριάζουν με το υπόλοιπο περιεχόμενο του λόγου. Καταλαβαίνει τα σχόλια των άλλων αλλά δεν έχει μάθει ακόμα τους κανόνες κοινωνικής επαφής.

Σε ηλικία 7 ετών, η ικανότητά του αποκωδικοποίησης στην ανάγνωση αντιστοιχούσε σε παιδί 12 ετών, αλλά οι επιδόσεις του ήταν χαμηλές στα τεστ που απαιτούν ανάκληση και κατανόηση γλωσσικών πληροφοριών.

Από όσα αναφέρθηκαν μέχρι εδώ είναι φανερό ότι η περίπτωση του Βασίλη είναι αρκετά ξεκάθαρη. Ωστόσο, άλλες περιπτώσεις συνδέονται και από άλλα προβλήματα (ασθένειες, ψυχολογικά προβλήματα) που κάνουν τη διάγνωση ακόμα πιο δύσκολη δεδομένων και των πολλών ομοιοτήτων με τον αυτισμό. Το Σ.Α. εξακολουθεί να είναι ένα παζλ όπου όλα τα κομμάτια του δεν έχουν βρεθεί ώστε να προκύψει μια ολοκληρωμένη εικόνα.

4.11 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

Η εκπαίδευση ατόμων με Σ.Α. αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής. Βασικό παράγοντα στην εκπαίδευση των ατόμων με Σ.Α. πρέπει να παίζει η αυτονομία σε όσο το δυνατόν περισσότερους τομείς της ζωής τους. Κάποιες από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διδασκαλίας των παιδιών με Σ.Α. είναι η δομημένη διδασκαλία, η διδασκαλία ένα προς ένα και η ομαδική διδασκαλία. Η

δομημένη διδασκαλία χαρακτηρίζεται από την οργάνωση φυσικού περιβάλλοντος της τάξης, από δόμηση εξατομικευμένου ημερήσιου προγράμματος, ώστε να είναι προβλέψιμες οι καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού, από δόμηση ατομικού συστήματος εργασίας, ώστε να αποκτήσουν οι μαθητές ανεξάρτητη λειτουργικότητα και από χρήση υλικών με οπτική σαφήνεια στις καθημερινές δραστηριότητες των μαθητών (Baskin, Sperber, Price, 2006).

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για την εκπαίδευση ατόμων με Σ.Α.. Για την ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης χρησιμοποιούνται οι κοινωνικές ιστορίες και ο κύκλος των φίλων. Μία κοινωνική ιστορία περιγράφει μία κατάσταση, η οποία προβληματική για ένα παιδί με Σ.Α., ενώ παρέχει ταυτόχρονα σαφείς ενδείξεις και οδηγίες για το πώς πρέπει να εκδηλωθούν οι κατάλληλες κοινωνικές αντιδράσεις. Ο κύκλος των φίλων αποτελεί μία προσέγγιση, η οποία μπορεί να ασκήσει θετική επίδραση στην ατομική συμπεριφορά του παιδιού με Σ.Α.. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω των επιτυχιών που βιώνει το παιδί από το περιβάλλον, δηλαδή τους συνομηλίκους του (Baskin, Sperber, Price, 2006).

Είναι πολύ βασικό να ληφθεί υπόψιν η σωστή εκπαίδευση των ατόμων με Σ.Α., αλλά και των ατόμων με πιο βαριάς μορφής δυσκολία. Αυτή η εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο από δασκάλους ειδικής αγωγής, αλλά και από δασκάλους γενικής αγωγής. Για να μπορέσει να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να αλλάξουν πολλά δεδομένα στην ελληνική εκπαίδευση. Θα πρέπει να λοιπόν να πραγματοποιηθεί ένα σχολείο για όλους, όπου όλα τα παιδιά με και χωρίς κάποια δυσκολία θα μπορεί να εκπαιδευτεί στα γενικά σχολείο με συνεργασία γενικών και ειδικών δασκάλων (Baskin, Sperber, Price, 2006).

4.12 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κατερίνα (ψευδώνυμο), 6 ετών

Η διάγνωση της Κατερίνας ήταν Σύνδρομο Asperger. Αρχικά η Κατερίνα ξεκίνησε Λογοθεραπεία, όταν ήταν 3 ετών, και μετά από έναν χρόνο ξεκίνησε ψυχοθεραπεία με τη συγκατάθεση των γονιών της. Όταν ξεκίνησε Λογοθεραπεία είχε "Τζαργκον" και η διάγνωση ήταν Καθυστέρηση Εκφραστικού Λόγου με έντονη Φωνολογική και Αρθρωτική Διαταραχή. Σήμερα η ομιλία και ο λόγος της Κατερίνας φαίνεται να μην παρουσιάζει καμία δυσκολία.

Στο συμπεριφορικό κομμάτι, η Κατερίνα όταν ήρθε στο κέντρο είχε έντονη εμμονή με το νερό. Με το παιδοψυχολόγο δούλεψε βασικές έννοιες και συμπεριφορά. Το νοητικό της επίπεδο ήταν αρκετά καλό και σήμερα ακόμα καλύτερο. Η συνεργασία των γονέων με τους ειδικούς είναι πολύ καλή.

4.13 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αναστάσιος (ψευδώνυμο), 8 ετών

Ο Αναστάσιος ήρθε στο κέντρο στην ηλικία των 5 ετών με Διάγνωση Σύνδρομο Asperger, Δυσκολία στη ροή της ομιλίας, έντονη Φωνολογική και Αρθρωτική Διαταραχή.

Στο κομμάτι της λογοθεραπείας έχουν δουλευτεί όλες οι δυσκολίες και ο Αναστάσιος φαίνεται να το απολαμβάνει.

Στο κομμάτι της συμπεριφοράς υπήρχαν αρκετά προβλήματα όταν ήρθε. Λόγω δυσκολίας στη ροή της ομιλίας, οι συμμαθητές του τον κορόιδευαν. Σύμφωνα με τη μητέρα του Αναστάσιου, τα παιδιά του κατέβαζαν το παντελόνι. Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα να αποφεύγει τη συμμετοχή του σε ομαδικά παιχνίδια όπως επίσης και τη προσέγγιση φιλικών σχέσεων. Παράλληλα, λόγω έντονης και συχνής διαφωνίας των γονιών του, ο Αναστάσιος χτυπούσε τη μητέρα του γιατί είχε ως πρότυπο τον πατέρα του που της μιλούσε πολύ άσχημα ενώπιον του Αναστάσιου.

Ο Αναστάσιος, είχε έντονη φοβία σε κλειστούς χώρους και παρουσίαζε στερεοτυπία κάνοντας πετάρισμα τα χέρια του όπως επίσης και στριφογύριζε τις κόρες των ματιών του.

Όλα τα παραπάνω δουλεύτηκαν με τον Παιδοψυχολόγο. Η προσέγγιση που χρησιμοποίησε ο παιδοψυχολόγος ήταν το συμβόλαιο. Σύμφωνα λοιπόν με το συμβόλαιο, ο Αναστάσιος υπογράφει σε ένα χαρτί, το συμβόλαιο, ότι θα μειώσει τις αρνητικές συμπεριφορές, π. χ. δε θα χτυπάει τα μητέρα του, με αντάλλαγμα κάτι που του αρέσει, π. χ. αύξηση της ώρας του παιχνιδιού. Κάθε φορά που πραγματοποιείται η συνεδρία, ο παιδοψυχολόγος ενημερώνεται από τη μητέρα του παιδιού σχετικά για τη τήρηση του συμβολαίου – συμπεριφοράς. Η πρόοδος είναι αισθητή. Το παιδί νιώθει ότι κλείνει μία συμφωνία βάζοντας την υπογραφή του σε ένα χαρτί, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται και η θεραπεία μειώνοντας τις αρνητικές συμπεριφορές. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα που καθορίζει ο παιδοψυχολόγος, οι ώρες του παιχνιδιού μειώνονται ενώ αυξάνεται η θεραπεία. Σε

αυτή τη περίπτωση δημιουργείται μία λίστα με τις αγαπημένες δραστηριότητες του παιδιού, έτσι ώστε ενώ μειώνεται ο χρόνος του παιχνιδιού αυξάνεται η ευχαρίστηση της δραστηριότητας. Για να ολοκληρωθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα με επιτυχία, απαιτείται η μέγιστη δυνατή συνεργασία των γονέων. Ο Αναστάσιος είναι στο τελικό στάδιο της θεραπείας.

4.14 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κώστας (ψευδώνυμο), 5,5 ετών

Ο Κώστας ήρθε στο κέντρο με διάγνωση Καθυστερήση του Εκφραστικού Λόγου, έντονη Φωνολογική και Αρθρωτική Διαταραχή και Σύνδρομο Asperger. Παράλληλα, έχει μία ασθένεια που μειώνει την ανάπτυξή του.

Η μητέρα του Κώστα παρουσιάζει νοητική έκπτωση αλλά δείχνει έντονο ενδιαφέρον για τον Κώστα, ο πατέρας του δείχνει αδιαφορία για τις δυσκολίες του παιδιού του ενώ φαίνεται να μην έχει καταλάβει τη σοβαρότητα του θέματος. Ο Κώστας τις πέντε μέρες της εβδομάδας μένει με τους παππούδες του και τα Σαββατοκύριακα με τους γονείς του, λόγω οικονομικής δυσχέρειας, όπως ισχυρίζεται η μητέρα του. Η γιαγιά του Κώστα κατηγορεί έντονα τη μητέρα του για αυτή τη στάση και την αδικία της προς τον Κώστα. Έχει μία μικρότερη αδερφή, που μένει με τους γονείς της, η οποία φαίνεται να έχει την ίδια διάγνωση. Τέλος δε πηγαίνει σχολείο, σύμφωνα με τη μητέρα του δε το δέχονται γιατί δεν έχει έλεγχο σφιγκτήρων.

Ο Κώστας είναι πολύ περίεργο παιδί. Συμπεριφέρεται παράξενα. Τα συναισθήματά του εναλλάσσονται από λεπτό σε λεπτό και πολλές φορές χωρίς κανένα οπτικό ερέθισμα ή αλλαγή της κατάστασης. Μπορεί να δείχνει στεναχωρημένος που δε του επιτρέπεται να συμμετάσχει σε κάποιο παιχνίδι, ενώ μετά από κάποια λεπτά μπορεί να αρχίσει να γελάει. Παρουσιάζει εμμονή στις πατάτες. Το βλέμμα του είναι πολύ παράξενο. Με την αδερφή του παίζει πολλές ώρες, όταν βρίσκονται, ενώ τα παιχνίδια που παίζουν είναι και αυτά περίεργα. Μπορεί να κάνει συζήτηση αλλά λέει πολλά ψέματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας αυτή τη μελέτη, συμπεραίνουμε αρχικά ότι κάθε άτομο έχει τα δικά του χαρακτηριστικά, που όμως δεν είναι και μοναδικά. Τα άτομα που έχουν Σύνδρομο Asperger διαφέρουν μεταξύ τους, όχι μόνο στα χαρακτηριστικά αλλά και στο επίπεδο σοβαρότητας αυτής της διαταραχής. Σε κάθε όμως περίπτωση υπάρχουν αρκετοί τρόποι αντιμετώπισης, αρκεί να πραγματοποιηθεί έγκαιρη διάγνωση και καλή συνεργασία μεταξύ των θεραπειών και του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού. Με την προϋπόθεση αυτή μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα βελτίωση και ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εντοπίστε τι είναι διασκεδαστικό από την οπτική του παιδιού σας;

Για τα περισσότερα παιδιά είναι ευχάριστο να βρίσκονται μαζί με άλλα συνομήλικά τους. Η κοινωνική επαφή μπορεί να μετατρέψει αυτόματα μία βαρετή ημέρα σε διασκεδαστική. Πιθανώς, τα πράγματα είναι διαφορετικά για το παιδί με αυτισμό. Το να βρίσκεται απλώς με άλλους μπορεί να μην είναι διασκεδαστικό. Όταν οι γονείς και οι δάσκαλοι θέλουν να αυξήσουν τις επιτυχείς κοινωνικές ευκαιρίες για το παιδί με αυτισμό, πρέπει πρώτα να αναγνωρίσουν τι είναι πραγματικά διασκεδαστικό για το παιδί. Τι θεωρεί ευχάριστο; Τι τραβά την προσοχή του; Τι διατηρεί την προσοχή του; Τι κάνει για να διασκεδάσει;

Να θυμάστε ότι επειδή μία δραστηριότητα θεωρείται διασκεδαστική για τα περισσότερα παιδιά δεν σημαίνει ότι αναγκαστικά θα είναι διασκεδαστική και για το παιδί σας;

Αξιολόγηση # 1: Τι είναι διασκεδαστικό;

Φτιάξτε έναν κατάλογο με τα πράγματα που το ευχαριστούν. Μη σταματάτε στα προφανή (υπολογιστής, ζωγραφική κ.α.) αλλά προσέξτε τα μικρά πράγματα. Τι τραβά την προσοχή του όταν κοιτά έξω από το παράθυρο του αυτοκινήτου; Σε τι εικόνες σταματά όταν ξεφυλλίζει περιοδικά; Τι είδους πράξεις του αρέσουν; Όταν εντοπίσετε κάτι που την προσοχή του, έστω και για ένα λεπτό, θυμηθείτε τι ήταν και καταγράψτε το στον παρακάτω κατάλογο.

Αξιολογήστε το επίπεδο της κοινωνικής του αλληλεπίδρασης

Όπως ακριβώς η παρουσίαση και η εκπαίδευση νέων γνωστικών δεξιοτήτων αρχίζει με ακριβή αξιολόγηση των δεξιοτήτων που κατακτήθηκαν και εκείνων που αναδύονται, έτσι πρέπει να αξιολογηθεί και η εκπαίδευση δεξιοτήτων στον τομέα της κοινωνικής ανάπτυξης. Σε ποιο στάδιο το παιδί σας αισθάνεται πιο άνετα; Τι επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατέκτησε;

Ενώ τα περισσότερα παιδιά κατακτούν καθένα από τα παρακάτω βήματα πριν πάνε στον παιδικό σταθμό, δεν είναι ασυνήθιστο για άτομα με που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα να νιώθουν πιο άνετα σε ένα από τα αρχικά στάδια, ακόμα και όταν ενηλικιώνονται. Διαβάστε τον παρακάτω κατάλογο και σημειώστε τα επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης που είναι πιο φυσικά, πιο αυθόρμητα, πιο ευχάριστα και χαλαρά για το παιδί. Τι κάνει και με ποιον, χωρίς παρότρυνση; Πιο είναι το σημερινό επίπεδο αυθόρμητης κοινωνικής αλληλεπίδρασης:

1. Εγγύτητα

Είναι το παιδί σας ικανό να αντέξει την παρουσία άλλων κοντά του ενώ παίζει; Ένα μικρό παιδί που έχει κατακτήσει αυτή τη δεξιότητα ή είναι αναδυόμενη θα μείνει στον ίδιο χώρο με τους άλλους ενώ παίζει. Δεν είναι αναγκαία η αλληλεπίδραση, αλλά του αρέσει να παίζει όταν οι άλλοι είναι τριγύρω. Αν απομακρύνεται σταθερά όταν πλησιάζουν οι άλλοι, μπορεί να δείχνει ότι δεν απέκτησε ακόμη άνεση σε αυτό το στάδιο. Ένας ενήλικας με που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα είτε κάποτε:

<<Μπορεί να είμαι αδέξιος όταν είμαι με άλλουςαλλά μου αρέσει η εγγύτητα ακόμα και αν δεν αλληλεπιδρώ. Μου αρέσει να είμαι κοντά στους άλλους>>

2 . Κοίταγμα

Προσέχει το παιδί σας τους άλλους και τι κάνουν; Κοιτά ή ρίχνει κάποιο βλέμμα όταν οι άλλοι παίζουν; Ενδιαφέρεται να κοιτά όταν παίζουν οι άλλοι;

3. Παράλληλο Παιχνίδι

Παίζει το παιδί σας δίπλα σε άλλους που ασχολούνται με τις δικές τους, αλλά ωστόσο ίδιες, δραστηριότητες; Ένας ενήλικας που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού τόνισε ότι αυτό είναι το στάδιο το οποίο ένιωθε άνετα. Η ήρεμη συζήτηση με κάποιον ή το τρέξιμο παράλληλα με ένα άλλο άτομο είναι οι κοινωνικές δραστηριότητες που θεωρεί πιο ευχάριστες.

4. Μοίρασμα

Μοιράζεται το παιδί σας με ευκολία υλικό και παιχνίδι καθώς παίζει; Είναι πρόθυμο να αφήσει τους άλλους να παίξουν με τα παιχνίδια του;

5. Συνεργασία

Μπορεί το παιδί σας να παίξει με κάποιον άλλο ή με μια ομάδα παιδιών χρησιμοποιώντας τα ίδια υλικά και παιχνίδια; Παραδείγματα συνεργατικού παιχνιδιού είναι το συμπλήρωμα ενός παζλ μαζί με κάποιον άλλο ή μια μεγάλη κατασκευή μαζί με άλλα παιδιά κ.α..

6. Σειρά

Καταλαβαίνει το παιδί σας την έννοια της σειράς; Μπορεί να ακολουθήσει τη λογική της συνέχειας, να γνωρίζει πότε είναι η σειρά του, πότε είναι η σειρά κάποιου άλλου και περιμένει; Περιμένει πρόθυμα;

7. Κανόνες

Τα παραδοσιακά επιτραπέζια παιχνίδια καθώς και τα παιχνίδια που παίζονται στο μάθημα της γυμναστικής ή σε εξωτερικούς χώρους είναι οργανωμένα σύμφωνα με κανόνες. Κατανοεί το παιδί σας και ακολουθεί τους κανόνες σε σχέση με τους άλλους παίκτες; Τι γίνεται με τους άγραφους κανόνες των παιχνιδιών στην αυλή ή στη γειτονιά; Ένας άνδρας που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού τόνισε ότι κατά την παιδική του ηλικία <<όλοι φαινόταν να ξέρουν τι να κάνουν, εκτός από μένα>>.

Αξιολόγηση #2: Επίπεδο Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης

Προσπαθήστε να είστε αντικειμενικοί παρατηρητές του παιδιού σας. Παρατηρήστε τα επτά επίπεδα ξανά και απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις, αυτή τη στιγμή:

Ποιο επίπεδο(α) είναι πιο δύσκολο(α);

Τι επίπεδα αλληλεπίδρασης το ευχαριστούν περισσότερο, χωρίς να παρουσιάσει προβλήματα;

Σε ποια επίπεδα είναι πιο άνετο;

Βάλτε σε κύκλο τις απαντήσεις των δύο τελευταίων ερωτήσεων

Αφού αξιολογήσετε (1) τι είναι ευχάριστο για το παιδί σας και (2) ποιο είναι το σημερινό επίπεδο ή επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, είστε έτοιμοι να καθορίσετε (3) τη δόμηση που χρειάζεται για μία συγκεκριμένη δραστηριότητα.

Αξιολόγηση # 3: Δόμηση

Φανταστείτε τον εαυτό σας σε μία άλλη κουλτούρα, σε έναν άλλο πλανήτη. Τι είδους ερωτήσεις θα κάνετε σχετικά με την κοινωνική κατάσταση; Εντοπίστε τι <<υποθέτει ο καθένας>> γι' αυτήν, παρατηρήστε το παιδί σας και προσπαθήστε να τη φανταστείτε από τη δική του οπτική. Θέστε τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Που πρέπει να σταθώ / καθίσω / κινηθώ;
- Είναι η σειρά μου;
- Πόσο θα διαρκέσει αυτό; Τελείωσε;
- Γιατί είναι τόσο δυνατά / ζέστη / κρύο / διασπαστικό / ενοχλητικό / γεμάτο εδώ;
- Που μπορώ να πάω για να φύγω μακριά από το θόρυβο κ.α. ;

Η εξίσωση για μια επιτυχή κοινωνική εμπειρία

Κρατήστε τις τρεις αρχές στο μυαλό σας και ανατρέξτε σε αυτή την εξίσωση για να καθοδηγηθείτε στο σχεδιασμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων για το παιδί σας.

Τι είναι ευχάριστο για το παιδί σας + Το επίπεδό του στην κοινωνική άνεση + Δόμηση = Κοινωνική Επιτυχία

Το σχέδιό σας:

Στο σπίτι, να έχετε υπόψη αυτές τις ιδέες όταν σχεδιάζετε το πάρτι για τα επόμενα γενέθλια του παιδιού σας ή την επόμενη οικογενειακή συνάντηση. Στο σχολείο, να θυμάστε αυτές τις αρχές όταν γράφετε <<κοινωνικούς στόχου>>. Δημιουργήστε την κοινωνική κατάσταση χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες που σημειώσατε στις τρεις αξιολογήσεις.

1. Κάτι που είναι ευχάριστο για το παιδί σα: -----
2. Το πιο άνετο και ευχάριστο κοινωνικό του επίπεδο σήμερα:-----
3. Ειδική δόμηση που βοηθά:-----

Πώς να στήσετε την ιδιαίτερη κοινωνική κατάσταση που έχετε στο μυαλό σα, χρησιμοποιώντας την εξίσωση για μία επιτυχή κοινωνική εμπειρία;

(Faherty, 1999).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AANE (Asperger Association of New England), (2000). *What is Asperger's Syndrome?* U.K.: Oxford
2. Aarons, M. and Gitters, T., (1998). *Autism: A social skills approach for Children and adolescents*. Oxon: Winslow Press.
3. Asperger, H. (1967). *Heilpädagogik Nien*. New York: Springe Verlag.
4. American Psychiatric Association (APA), (1980). *Diagnostic Statistical Manual (3rd ed.)*. Washington, DC, American Psychiatric Association Press.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4th ed., test revised – DSM – IV TR)*. Washington, DC, American Association Press.
6. Attwood, T. (1998). *Asperger Syndrome. A guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley.
7. Aussiloux, C. & Baghdadli, A. (2008). *Asperger Syndrome – An evolution of the concept and current clinical data*. London: University press.
8. Baker, B. (1999). *The use of Assessment in Children with Asperger Syndrome*. London: University Press.
9. Baley, A., Philips, W., Rutter, M. (1996). *Autism: Towards and Integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives*. Children Psychological Psychiatry of London.
10. Baskin J. H., Sperber, M. Price B. H. (2006). *Asperger Syndrome revised*. London: University Press
11. Berney, T. (2000). *Autism – an evolving concept*. British journal of psychiatry.
12. Bleuler, M. (1911). *The Asperger Syndrome*. UK: Oxford
13. Bolte, S. and Pouska, F. (2004). *The German form of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). First results on reliability and validity*. Zeitschrift fur kinder und judge und psychiatric und psychotherapies.
14. Bryson, S., Roger, J., Fombonne, E. (2003). *Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education and psy – choparmacological management*. Can J Psychiatry.

15. Coleman, M. and Gillberg, C. (1986). *The Biology of Autistic Syndrome*. Preager.
16. Colin, M. (2007). *Is life becoming harder for people with Asperger?* London: Listen to Learn Centre.
17. Connor, M. (2000). *Asperger Syndrome* (autistic spectrum disorders) and the self – reports of comprehensive school students, *Educational Psychology in Practice*.
18. Cragar, D. E. & Horvath, L. S. (2003). *The application of social skills training in the treatment of a child with Asperger disorder – Clinical Case Studies*.
19. Damasio, A. & Maurer, R. G. (1978). *A neurological model for childhood autism*. *Archives of neurology*.
20. Dntzer, R. and Mormede, P. (1983). *De arousal properties of stereotyped behaviour*. Evidence from pituitary adrenal correlations in pigs.
21. de Bildt, A., Systema, S., Ketelaars, C., Kraijer, D. et al. (2004). *Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule – Genetic (ADOS – G), Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI – R), and the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM – IV – TR) Classification in Children and Adolescents with Mental Retardation*. *Journal of Autism and Developmental disorder*.
22. Faherty, C. (1999). *Τι σημαίνει για μένα που έχω Σύνδρομο Asperger*. Μετάφραση: Παπαγεωργίου Βάγια. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
23. Fombonne, E., and Tidmarsh, L. (2003). *Epidemiological data of Asperger Syndrome in children and adolescent*. *Psychiatry Clinic*.
24. Frith, U. (1999). *Autistic and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
25. Fullerton, A., Stratton, J., Coyne, P., Gray, C. (1996). *Higher functioning adolescents and young adults with autism*. Autism, TX: Pro – Ed.
26. Gillberg, C. (1996). *The psychopharmacology of autism and related disorder*. *Journal of Psychopharmacology*.
27. Goble, D. (1995). *Asperger Syndrome and autistic spectrum disorder*. Diagnosis, aetiology and intervention strategies. *Australian Journal of Special Education*. Cambridge: University Press.
28. Gray, C. A. (1993). *Social Stories: Improving responses of students with Autism with accurate social information*. Focus on Autistic Behaviour.

29. Gray, C.A. (1994). *The new social story book*. Arlington: Future Horizons.
30. Gray, C. A. (1995). *Social Stories and Comic strip conversations*. Jenison, MI: Jenison Public Schools.
31. Gray, C.A. (1997). *Your concerns result in a new social story ration: A closer look at directive sentences*. Jenison, MI: Jenison Public Schools.
32. Gray, C. A. (1998). Social Stories and Comic trip Conversations with students with Asperger Syndrome and high functioning autism. In Schopler, E., Mesibov, G. B., Kuncze, L. J. *Asperger Syndrome or high – functioning autism?* New York: Plenum Press.
33. Greenway, C. (2000). *Autism and Asperger Syndrome – Strategies to promote pro – social behaviours*. Education Psychology in Practice.
34. Gutstein, S. E. and Whitley, T. (2002). *Asperger Syndrome and the development of social competence*. Focus of Autism and the other Developmental Disabilities.
35. Hare, D. J. (1997). *The use of cognitive behavioural therapy with people with Asperger Syndrome – A case study*. Oxford: University Press
36. Howlin, P. and Moore, A. (1997). *Diagnosis in Autism*. London: Rutledge.
37. Jones, R. S. and Meldal, T. O. (2001). *Social relationship and Asperger Syndrome – A qualitative analysis of hand accounts*. Journals of Learning Disabilities.
38. Kanner, L. (1943). *Early infantile Autism*. Journal of Paediatrics
39. Kanner, L. (1971). *Follow up study of eleven Autistic children originally reported in 1943*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia
40. King, Gerlach, E. (2002). *Part 1. The beginning: How parents move forward and make choices after diagnosis*. Exception Parents. New York.
41. Klin, A. and Volkmar, H. (1995). *Asperger Syndrome: Guidelines for treatment and intervention Learning disabilities Association of America*. New York
42. Klin, A. et al. (1997). *Assessment issues in children with Autism*. Cohen, D. and Volkmar, F. Handbook of Autism and pervasive develop mental disorders. New York: Wiley and Sons.
43. Klin, A. (2006). *Autism and Asperger Syndrome: An overview*. Rev Bras Psychiatric.

44. Kunse, L. & Mesibov, G. B. (1998). *Educational Approaches to high – functioning Autism and Asperger Syndrome*. In E. Schopler and G. B. Mesibov *Asperger Syndrome or high – functioning Autism? Current issues in Autism*. New York: Plenum Press.
45. LCCLCC (Leicester City Council and Leicestershire County Council). (1999). *Asperger Syndrome – practical strategies for the classroom. A teacher’s guide*. London: National Autistic Society.
46. Lord, C. & Schopler, E. (1994). *TEACH services for pre – school children*. In S. L. Harris and J. S. Handleman. *Preschool educational programme for children with autism*. Autism, TX: Pro - Ed
47. Lord, C. et al. (2000). *The Autism Diagnostic Observation Schedule Genetic: A standard measure of social and communication deficits associated with spectrum of autism*. Journal of Occupation Therapy.
48. Lord, C. & Rutter, M. (1995). *Autism Diagnostic Observation Schedule*.
49. Manjiviona, J and Prior, M. (1999). *Neuropsychological profiles of children with Asperger Syndrome and Autism*. New York: Plenum Press.
50. Maurice, C., Green, G., Luce, C. S. (1996). *Behavioural Interventions for young children with Autism*. Texas: Pro – Ed.
51. McCroskery, M. (1999). *Asperger’s Syndrome: A Developmental Puzzle*. Cambridge: University Press
52. Mike, K. (2007). *Asperger Syndrome*. U.K..
53. Myles, B. S. and Simpson, R. L (1999). *Asperger Syndrome: A guide for Educator and Parents*.
54. National Autistic Society (NAS). (2002). *what is Asperger Syndrome?* U.K..
55. Neil, M. (2007). *Asperger Syndrome and the criminal justice system*. Asperger United.
56. Newton, C., Taylor, G., Wilson, D. (1996). *Circles of friends: An inclusive approach to meeting emotional and behavioural needs*.
57. O’ Neil, R. E., Horner, R. H., Aldin, R. W., Sprague, I. R., Storey, K., Newton, J. S. (1997). *Functional Assessment and program development for problem behaviour: A practical handbook*. Pacific Grove: Brooks / Cole.
58. Osler, A. and Osler, C. (2002). *Inclusion, exclusion and children’s rights: A case study of a student with Asperger Syndrome. Emotional and Behavioural Difficulties*.

59. Prior, M. (1987). *Biological and Neuropsychological Enigma*. American Journal of Occupation Therapy.
60. Rapin, I. and Dunn, N. (2003). *Update on the language disorder of individuals on the Autistic spectrum*. Brain and Development.
61. Reaven, J. and Hepburn, S. (2003). *Cognitive – behavioural treatment of obsessive – compulsive disorder in a child with Asperger Syndrome: A case study*. New York: Plenum Press.
62. Rickarby, G., Carruthers, A., Mitchell, M. (1991). *Brief Report: Biological Factors Associated with Asperger*. Oxford: University Press.
63. Roeyers, H. (1995). *A peer – mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a pervasive developmental disorder*. British Journal of Special Education.
64. Rutter, J., et al, (1977). *Behavioral Rating Instrument for autistic and other atypical children*. New York: Plenum Press.
65. Safran, S. P. (2001). *Asperger Syndrome: The emerging Challenge to special education*. Exceptional Children. U.K..
66. Schopler, E., Reichelt, K, Renner, (1998). *Childhood Autism Rating Scale*.
67. Schopler, E., and Oley, J. G. (1980). *Public school programming for autistic children*. Exceptional children.
68. Simpson, R. L., and Regan, M. (1998). *Management of autistic behaviour*. Austin, TX: Pro – Ed.
69. Simpson, R. L. (2001). *ABA and students with Autism spectrum disorders: Issues and considerations for effective practise. Focus on Autism and other developmental disabilities*.
70. Smith, T. B., Hilgenfeld, T. D., Barnhill, G. P., Grinswold, D. E., Hagiwara, T., Simpson, R. L. (2002). *Analysis of reading skills in individuals with Asperger Syndrome. Focus of Autism and Other Developmental Disabilities*.
71. Smith Myles, B. and Simpson, R. (2001). *Effective practices for students with Asperger Syndrome*.
72. Smith Myles, B., Simpson, R., Becker, J. (1995). *An analysis of characteristics of students diagnosed with high – functioning Autistic disorder*.
73. Smith, C. (2001). *Using social stories to enhance behaviour in children with autistic spectrum difficulties*. Educational Psychology in Practise.

74. South, M., Ozonoff, S., McMahon, W. M. (2005). *Repetitive behaviour profiles in Asperger Syndrome and high – functioning Autism*. Cambridge: University Press.
75. Stone & Hogan, (1993). *Parent’s Interview for Autism*. New York: Plenum Press.
76. Tanguay, P. (2000). *Pervasive developmental disorder: A ten years review*. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry.
77. Tidmarsh, L. and Volkmar, F. (2003). *Diagnosis and epidemiology of Autism spectrum disorder*.
78. Volkmar, F. R., Szatmari, P., Sparrow, S. S. (1993). *Sex differences in pervasive developmental disorder*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
79. Volkmar, F. et al. (1996). *Field trial for Autistic disorder in DSM – IV*. Year book of Psychiatry and applied mental health.
80. Williams, K. (1995). *Understanding the student with Asperger Syndrome*. Guidelines for teachers. Focus on Autistic Behaviour.
81. Wing, L. (1981). *Asperger’s Syndrome: A clinical Account*. Psychological Medicine.
82. Wing, L. (1996). *The Autistic spectrum: A guide for parents and professionals*.
83. Wolff, S. (1991). *Childhood Autism: Its diagnosis, nature and treatment*.
84. World Health Organization. *ICD – 10 (1992). Classification of Mental and behavioral disorders*. Clinical Description and Diagnostic guidelines. Geneva: WHO

